UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 104.

Le DOLICHOCOLON

TRAITEMENT CHIRURGICAL

par

L'Hémicolectomie splénique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Mars 1937.

PAR

MICHEL OTTAVIANI

Ancien Interne de l'Hôpital de Libourne,

né à Pauillac (Gironde), le 30 Avril 1908.

Examinateurs de la thèse : MM. BÉGOUIN, *professeur, Président.* — PAPIN, *professeur* — JEANNENEY, *professeur* — LOUBAT, *agrégé* — *Juges.*

LIBRAIRIE MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1937

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536524_0042

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 104.

Le DOLICHOCOLON

TRAITEMENT CHIRURGICAL

par

L'Hémicolectomie splénique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Mars 1937.

PAR

MICHEL OTTAVIANI

Ancien Interne de l'Hôpital de Libourne,

né à Pauillac (Gironde), le 30 Avril 1908.

Examinateurs de la thèse : MM. BÉGOUIN, *professeur, Président.* — PAPIN, *professeur* — JEANNENEY, *professeur* — LOUBAT, *agrégé* — *Juges.*

LIBRAIRIE MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIERE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC.
id	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY.

	MM.
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeuthique et climatologie.	CREYX.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale), R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	N.
id.	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.
id.	DELMAS-MARSALET.
id.	DE GRAILLY.
id.	FONTAN.
id.	BROUSTET.
id.	DERVILLÉE.

	MM.
Chirurgie générale	MASSÉ.
id.	DARGET.
Obstétrique	RIVIÈRE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Otho-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphyligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WANGERMEZ.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Physiologie	FABRE.
Médecine opératoire	PAPIN.
Accouchements	RIVIÈRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Puériculture	FAUGÈRE.
Pharmacie chimique	VITTE.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

	MM.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Médecine légale	DERVILLÉE.
Urologie	DARGET.
Botanique	GIRARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.

Ophtalmologie . . . . . MM. CABANNES (en congé)*.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et quelle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Ce travail est dédié :

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Au seuil de cette carrière, dont vous m'avez permis l'entrée, je vous offre ces pages, faible témoignage de mon éternelle et profonde affection,

A MON FRÈRE ROGER

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JEAN

MORT POUR LA PATRIE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉGOUIN

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de médecine,
Membre correspondant de l'Académie de chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse et le prions de trouver ici notre témoignage de reconnaissance et de profond respect.

INTRODUCTION

Si, au moment d'écrire ce travail qui doit clore nos années d'études, nous jetons un regard sur un passé qui n'est pas encore très lointain, ce n'est pas sans émotion que nous nous retrouvons jeune étudiant indécis au seuil d'une carrière qui s'avérait alors pleine de difficultés matérielles, aussi voulons-nous adresser au souvenir de celui qui fit accepter notre candidature à l'internat de l'hôpital de Libourne l'hommage de notre plus profonde reconnaissance. Nous n'oublions pas non plus avec quelle bienveillance Messieurs les membres de la Commission Administrative nous accueillirent, qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

Loin de nous la pensée de nous parer du titre envié d'interne des hôpitaux, n'ayant point gravi les difficiles échelons des concours officiels, mais pendant six années nous en avons accepté les responsabilités et accompli les fonctions, nous nous sommes efforcés de ne pas nous montrer indigne de la confiance dont on nous avait honoré. Nous avons essayé d'acquérir à l'hôpital de Libourne une grande pratique de la clinique et l'habitude des malades, heureux complément des leçons théoriques de nos maîtres bordelais.

C'est dans le service de chirurgie, qui nous attirait particulièrement, que nous avons vu naître, se déve-

lopper et prendre une forme qui nous paraît définitive, une technique inédite pour la chirurgie du dolichocôlon. Frappé par les résultats obtenus par M. Nard, et que l'on pourra apprécier en lisant les observations que nous publions, nous avons pris la résolution d'aider dans la faible mesure de nos moyens à faire connaître cette technique dans l'espoir qu'elle pourra rendre service aux chirurgiens et aux malades.

Nous remercions M. Nard d'avoir bien voulu nous laisser consacrer ce modeste travail à cette intervention. Nous voudrions dans les pages qui vont suivre, nous montrer digne de la confiance qu'il nous témoigne. Ce sera l'expression, si toutefois nous avons pu y parvenir, de notre plus sincère gratitude et de notre fidèle et respectueux dévouement.

Nous savons en quelle estime il tient ses anciens maîtres bordelais, dont certains, nous l'espérons, seront de notre jury de thèse, et qu'il s'est considéré un peu comme leur intermédiaire en s'efforçant de nous transmettre ce goût de la chirurgie qu'il a reçu d'eux.

Nous tenons également à remercier de tout cœur M. E. Ramarony, chirurgien de l'hôpital, collaborateur de M. Nard qui nous a toujours si amicalement et judicieusement conseillé.

Que M. Petit, radiologue de l'hôpital de Libourne, et M. Serret, radiologue de l'hôpital de Bergerac, veuillent bien trouver ici l'expression de notre gratitude pour les magnifiques radiographies qu'il nous ont si aimablement communiquées.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS SUR LE DOLICHOCÔLON

I. — DÉFINITION

Lardennois et Aubourg ont donné en 1914, dans leur travail fondamental, le nom de *Dolichocôlon* à un allongement démesuré d'une ou plusieurs portions du gros intestin, allongement arrivant à modifier considérablement la situation et le trajet de ces portions.

De cette définition, nous rapprocherons celle de Kantor : « Le Dolichocôlon est un intestin trop long « pour se loger dans la cavité abdominale sans faire « d'anses anormales » ; et celle de Zorzi qui, opposant Dolichocôlon et Mégacôlon, le considère comme un allongement sans accroissement proportionnel de volume.

Ces définitions supposent une longueur normale du gros intestin ; or celui-ci, d'après les classiques, subit des variations individuelles de longueur, qui oscillent entre 1 mètre et 3 m. 25. Il est donc difficile de baser une définition du Dolichocôlon sur ses caractères anatomiques seuls. C'est pour cette raison que Chiray, Lomon et Whal (1931) donnent dans leur belle monographie (dont nous nous inspirerons dans la première partie de ce travail) une définition à la fois anatomique et clinique du Dolichocôlon :

« Allongement le plus souvent localisé à un segment du « gros intestin, accompagné de flexuosités, anses et coudures « anormales, caractérisé cliniquement par des troubles diges-

« tifs variés, dont les plus constants sont la constipation, « l'aérocolie et des crises douloureuses. »

Contrairement à l'opinion de Zorzi on trouve, entre le Mégacôlon et le Dolichocôlon, toute une série d'allongements intermédiaires, et, bien souvent, les deux associés.

II. — HISTORIQUE

Sans remonter aux relations historiques des Dolichocôlons du Duc de Richelieu et du Roi Louis XIV, consignées dans les Mémoires du Duc de Saint-Simon, rappelons que les opinions, sur les allongements du gros intestin, sont passées par trois périodes :

Anatomique, Chirurgicale et Radiologique.

1° *Période anatomique.* — Les Anatomistes notent, au cours de leurs autopsies, des excès de longueur des côlons : Fleischman (1815), Monterossi (1920) ; après eux, Engel, Huguier (1858), puis Treves (1885), Walther reste étonné devant un côlon pelvien de 70 centimètres !

2° *Période chirurgicale.* — Arbuthnot-Lane et ses élèves incriminent l'allongement du gros intestin comme cause de constipation et de stase intestinale chronique. Mackensie, Trousseau, Virchow, et surtout Potain, le rendent responsable des accidents de volvulus ; de même Roux, Forgue, Lefèvre et Leflaive.

D'autres auteurs lui font jouer un rôle important dans la pathogénie du syndrome de Hirschprung (1888), confondant Mégacôlon et Dolichocôlon, théorie admise par Bensaude et Romani, soutenue, nous semble-t-il avec raison, dans la thèse de Seillié.

3° *Période radiologique.* — Mais, dès l'avènement de la radio, les intestins trop longs attirèrent l'attention des Radiologistes et une foule de travaux parut. Les

premiers cas vus aux rayons X furent ceux de Kienbock (1913) et de Schwartz. La première étude d'ensemble est de Lardennois et Aubourg (1914). Parmi le nombre considérable de travaux, citons, en France, ceux de Belot, Beclère, Alban Girault, Gaston Durand et, plus récemment, Bensaude et Olivier Monod ; les belles radiographies du livre de Chiray ; le remarquable Atlas de Radiologie de Gatelier, Moutier et Porcher. En Allemagne : Strauss. En Amérique : Kantor, Murray, Larrimore, Hecker, White (1926). Au Danemark : Muller. En Angleterre : Slessinger et Busch. En Italie : Siciliano, Zorzi, Talia (1929).

III. — ÉTIOLOGIE

Le Dolichocôlon est-il fréquent ? Les opinions sont des plus diverses. Les nombreuses statistiques ne sont pas d'accord. Bryant, dans ses autopsies, trouve 14 % de Dolichocôlons, pourcentage considérable qui semble un peu exagéré, mais qui s'explique parce qu'il porte sur des sujets des deux sexes et à trois stades différents : fœtus, enfants, adultes.

Larrimore donne même le chiffre exceptionnel de 18 %.

Les statistiques établies d'après les examens radiologiques donnent des pourcentages plus modestes : White 4 à 5 % ; Kantor 9 % ; Strauss 8 %. La majorité des auteurs se rallie au chiffre de 7 à 9 %. En réalité, nous estimons, d'après l'heureuse définition de Chiray, qu'il ne faut pas étiqueter Dolichocôlons tous les intestins trop longs. Il faut que cette longueur anormale s'accompagne de troubles intestinaux variés.

De telles différences tiennent surtout à l'influence de facteurs que nous connaissons mal, parmi lesquels il faut noter en premier lieu la *race*, puis l'*âge*, le *sexe*, le *type du sujet*, la *famille*, *l'alimentation*.

1° *Influence de la race.* — Les Slaves (Samson 20 %), certaines peuplades de l'Amérique du Nord (Lam, Cade), les populations de l'Inde (Deakin), sont particulièrement prédisposées. Landau signale la fréquence des volvulus du sigmoïde à Varsovie, chez les Juifs Polonais.

2° *Influence de l'âge.* — Le Dolichocôlon s'observe à tout âge, aussi bien chez l'enfant que chez le vieillard et l'adulte ; mais, dans la majorité des cas, le début clinique se fait à l'âge adulte. Peut-être est-il plus fréquent chez l'homme. Chiray le trouve également dans les deux sexes. D'après les anciens, les ptosiques, hernieux, asthéniques (Lane) auraient plus facilement des Dolichocôlons. Chiray n'admet pas cette prédisposition. Les travaux du Professeur Marfan ont établi que le gros intestin peut s'allonger anormalement chez les hypotrophiques.

3° *Influence de la famille.* — On a rapporté des observations de Dolichocôlon familial (Bensaude, Chiray). Carnot ne s'en étonne pas : « Rien d'étonnant à ce que « certaines familles aient un sigmoïde trop long, comme « elles ont un appendice ou un nez trop long. » (*Paris Médical.*)

4° *Influence de l'alimentation.* — Les végétariens sont plus disposés à présenter un allongement colique, comme le fait s'observe chez les animaux herbivores. Beau, Bryant, Swain, admettent cette hypothèse en se basant sur des notions classiques d'anatomie comparée.

Siège. — Le siège le plus fréquent de l'allongement colique est l'anse sigmoïde :

« Il s'agit, le plus souvent, d'un dolichosigmoïde qui peut « remonter jusqu'à l'angle splénique, ou se mettre quelque « part dans l'abdomen, là où il trouve de la place. » (Loubeyre, *Algérie Médicale*).

Un autre type fréquent, distinct du précédent, est le

Dolichocôlon iliaque ; il est compris entre le sigmoïde et la terminaison du descendant ; il coexiste souvent avec le précédent.

D'autres fois, c'est le côlon descendant qui décrit une ou plusieurs boucles supplémentaires. On a un dolicho descendant, assez fréquent, souvent associé avec un angle splénique très aigu et dilaté, et un allongement de la portion terminale du transverse, que l'on appelle Dolichocôlon splénique.

Plus fréquents, mais rarement uniques, sont les Dolichocôlons transverses, tandis que les Dolichocôlons droits et les Dolichocæcums sont exceptionnels.

Les Dolichocôlons totaux existent rarement d'emblée, de même qu'il existe très rarement un Dolichocôlon limité à un segment unique.

La statistique de White donne :

60 % de Dolichocôlons gauches ;
30 % de Dolichocôlons totaux ;
10 % de Dolichocôlons droits.

A gauche, il estime que le siège d'élection est l'anse sigmoïde, puis l'angle splénique.

IV. — PATHOGÉNIE DU DOLICHOCOLON

On a beaucoup écrit et discuté de la pathogénie du Dolichocôlon. Si les arguments invoqués sont nombreux, le processus initial échappe bien souvent.

Les théories pathogéniques sont diverses. Trois opinions sont en présence qui, pour beaucoup d'auteurs, ne sont pas exclusives :

1° La théorie de l'origine congénitale ;
2° La théorie de l'origine acquise ;
3° La théorie mixte de Chiray.

1° *Théorie de l'origine congénitale.* — Défendue par

Kantor, White, Piergrossi, Bensaude. Dans certains cas, on a trouvé chez le fœtus et le nouveau-né. un allongement considérable du gros intestin et Treves, Marfan, Cruveilhier affirment, que, chez tous les nouveau-nés, les côlons mesurent à peu près la même longueur si bien que, pour eux, le Dolichocôlon de l'adulte serait dû à la persistance de la disposition infantile. Théorie combattue par Bryant et Larrimore, qui admettent que les variations individuelles sont ausssi considérables chez l'adulte que chez l'enfant.

D'autres auteurs, et en particulier Chiray, insistent sur le rôle important joué par les anomalies de coalescence des mésos, dont l'excès de longueur et le flottement permettent l'allongement, la distension et la coudure de l'intestin.

2° *Théorie de l'origine acquise.* — Est admise par certains auteurs, mais ils ne sont pas d'accord sur les causes déterminantes :

1° Pour Lardennois et Aubourg, c'est la stase intestinale chronique et la colite qui constituent le trouble initial. Pour eux, même dans la première enfance, l'hypothèse de l'origine congénitale ne résisterait pas à la critique : « Il est des Dolichocôlons chez des enfants de « cinq ans dont l'intestin a déjà une longue histoire. » Pauchet incrimine les mauvaises habitudes intestinales, entraînant la constipation, ainsi que Lane et Caucci.

2° L'origine neuro-endocrinienne a été invoquée par Finkelstein (Dolichocôlon après syphilis cérébro-spinale) ; par Bensaude, Caïn et Layani (Dolichocôlon après encéphalite épidémique) ; par Carnot (Dolichocôlon chez un acromégale qu'il cite comme exemple de gigantisme viscéral) ; Pehu, Ribadeau-Dumas, Cathala, en ont observé au cours du myxœdème. On a pensé à la possibilité d'une action endocrinienne sur les allongements coliques. Certains extraits opothérapiques, en

particulier l'extrait post-hypophysaire, exerceraient un pouvoir d'excitation très marqué sur les fibres lisses de l'intestin.

Nous ne croyons pas à l'origine endocrinienne des Dolichocôlons. Nous estimons, au contraire, que les troubles de la stase chronique sont la cause du dysfonctionnement endocrinien. Ainsi, dans notre observation III, le Médecin traitant avait constaté l'échec du traitement opothérapique, basé sur cette théorie pathogénique. En effet, chez cette malade dont la constipation par Dolichocôlon avait débuté très jeune, la puberté s'était installée normalement vers l'âge de quatorze ans. Depuis, ses règles avaient été normales jusqu'à seize ans et demi, puis elles disparurent complètement, cette aménorrhée coïncidant avec des troubles stercorémiques importants. Malgré des traitements opothérapiques variés et intensifs, ses règles n'apparurent pas. Elle subit une *hémicolectomie splénique* à vingt deux ans — six ans plus tard — et nous fûmes agréablement surpris de la revoir, quatre mois après l'intervention, réglée normalement. Les seins, restés infantiles, s'étaient développés et elle nous montra une poitrine opulente. La reprise de l'activité endocrinienne génito-mammaire avait suivi de près la disparition des troubles dus à la stase.

3° L'origine alimentaire est discutable. On sait évidemment que le régime suffit, expérimentalement, à déterminer des variations de longueur d'intestin. Mais suffit-il à provoquer les troubles intestinaux que l'on observe habituellement dans les Dolichocôlons ? Et un régime sans résidus peut-il, à lui seul, les faire disparaître ? Nous ne le pensons pas.

4° Enfin Carnot émet l'idée de l'origine avitaminosique du Dolichocôlon, en se basant sur l'influence des vitamines B, sur le développement musculaire et glandulaire de l'estomac et de l'intestin.

5° Nous estimons que les auteurs n'insistent pas assez sur certaines causes du Dolichocôlon, causes que nous pourrions qualifier de réflexes : Un malade a des hémorroïdes, une fistule à l'anus, il en souffre depuis de nombreuses années. Il est, ou il devient, un constipé. Un Dolichocôlon, d'abord sigmoïde, puis descendant, peut s'installer. Ce n'est qu'après le traitement de cette cause : hémorroïdes, fistule, que les selles peuvent reprendre un cours normal et, si l'intestin ne reprend pas une longueur tout à fait normale, il ne présente plus de troubles fonctionnels. Nous avons eu ainsi des malades, sur lesquels nous étions disposés à porter une indication opératoire d'*hémicolectomie splénique*, guérir simplement par la petite intervention.

Ceci existe aussi pour l'appendicite : pour tel malade de notre clientèle on avait porté, depuis de nombreuses années, le diagnostic d'appendicite ; manifestement, quand nous l'avons vu, il présentait un Dolichotransverse et surtout un Dolichocôlon splénique, avec une stase de plusieurs jours ; malgré la belle image radiologique, étant donné son passé appendiculaire, nous l'avons opéré d'appendicite et nous avons été heureux de constater que les troubles fonctionnels avaient disparu très rapidement après l'intervention.

3° *Théorie mixte de Chiray.* — Chiray émet l'opinion que, dans presque tous les cas de Dolichocôlon, il existe à la fois un facteur anatomique et un facteur physiopathologique. Pour lui, le Dolichocôlon est une entité anatomo-clinique : Favorisés par la malformation anatomique, les troubles intestinaux contribuent à l'extérioriser par un syndrome clinique (crises douloureuses, aérocolie, constipation) et des complications. Le syndrome établi, il se crée un cercle vicieux difficile à rompre, semble-t-il : l'atonie crée la stase, la stase exagère l'atonie.

Loeper et Tauzin combattent cette théorie et considèrent le Dolichocôlon comme une curiosité anatomique, sans aucun rapport avec les troubles qu'on lui attribue, les symptômes cliniques donnés comme caractéristiques du Dolichocôlon s'observent dans nombre d'affections intestinales sans Dolichocôlon.

Bernard se range à l'avis de Chiray et explique la longue période latente et silencieuse du début par une bonne musculature intestinale ; puis, dès que les troubles de la motricité apparaissent, s'installent les troubles pathologiques. Il énonce :

« A musculature normale, Dolichocôlon silencieux.
« A musculature anormale, Dolichocôlon pathologique.

Nous sommes, nous aussi, de l'avis de Chiray, mais nous pensons que le point de départ de l'activité pathologique du Dolichocôlon se trouve, dans la majorité des cas, dans la stase du côlon droit (en dehors des complications mécaniques du volvulus) et nous estimons qu'il est plus juste de dire :

Dolichocôlon sans stase cæcale, Dolichocôlon silencieux ;
Dolichocôlon avec stase cæcale, Dolichocôlon agressif.

V. — SYMPTOMATOLOGIE

Pour comprendre la symptomatologie du Dolichocôlon, il faut envisager l'évolution générale de la maladie (A. Bernard). De nombreux auteurs ne veulent faire correspondre aucun syndrome clinique à la lésion anatomique, à l'encontre de Zorzi, qui décrit deux types anatomo-cliniques correspondant à la symptomatologie de la constipation dans la colite droite et dans la colite gauche.

Pendant très longtemps, le Dolichocôlon reste latent ou méconnu, laissant à l'intestin une perméabilité suffi-

sante au passage des matières et des gaz. Le retard du transit intestinal, constituant le symptôme capital, peut exister sans être accompagné d'autres signes cliniques. Dans la suite, viennent s'ajouter d'autres symptômes, chroniques ou aigus : asthénie, céphalées, amaigrissement, crises douloureuses de colite, hémorragies, qui complètent le tableau clinique ; ou bien, apparaît soudain une complication : volvulus ou crises sub-occlusives.

Toutefois, il faut insister sur ce fait que, quelle que soit la traduction clinique du trouble intestinal, un interrogatoire minutieux peut mettre en évidence un ensemble de signes cardinaux qui, s'ils n'autorisent pas à affirmer le Dolichocôlon, permettent de le soupçonner et de recourir à l'examen radiologique. C'est ce que traduit Chiray en décrivant une forme typique à physionomie clinique particulière et qui ne se modifie guère au cours de l'évolution du Dolichocôlon, en dépit d'affections secondaires toujours possibles.

Symptômes de la forme typique (Chiray). — (Forme douloureuse avec aérocolie).

Le début est insidieux et apparaît, le plus souvent, à l'âge adulte, caractérisé par quelques troubles dyspeptiques vagues et surtout par la constipation. Ces troubles s'accentuent peu à peu.

A la période d'état, trois symptômes cliniques fondamentaux :

A) Constipation ;

B) Aérocolie ;

C) Crises douloureuses.

A) La constipation est quelquefois précoce ; elle existe depuis l'enfance, bien tolérée pendant de longues années. Le plus souvent, elle s'établit à l'âge adulte et va s'accentuant, mais sans troubles de l'état général, sans débâcles au début. Son intensité est variable : elle va de quatre à huit jours, ou même davantage (vingt

jours dans une observation de A. Bernard, ainsi que dans notre observation 1). Elle est tenace et résiste aux purgatifs habituels, même à hautes doses et, quand ils agissent, leur action s'épuise rapidement. Par contre, les lavements haut portés ont un effet plus certain. Il les faut quelquefois très abondants et les malades les gardent très longtemps avant de les évacuer. Les selles sont petites, dures, sous forme de scyballes, mais il y en a quelquefois d'énormes, étonnantes pour le malade « remplissant un plein pot ».

Chiray a souvent noté que cette constipation pouvait être améliorée par des secousses répétées, voyages en automobile ou en chemin de fer, et conseille de rechercher ce caractère à l'interrogatoire du malade.

La constipation du Dolichocôlon peut avoir tous ces caractères à la fois, mais bien souvent on n'en rencontre que quelques-uns.

B) L'aérocolie est un symptôme constant au cours du Dolichocôlon. Elle se traduit par du ballonnement et du météorisme, qui distendent le ventre, uniformément ou partiellement, suivant la répartition des gaz dans les anses coliques. Quand la tension intracolique s'élève, les gaz augmentent la coudure des anses et viennent s'accumuler très haut en refoulant le diaphragme.

L'aérocolie est permanente ou bien se manifeste par périodes correspondant aux périodes de constipation.

C) Les crises douloureuses sont très fréquentes. Depuis les douleurs discrètes — simples tiraillements — jusqu'aux crises violentes paroxystiques ou subocclusives, toutes les gammes de douleurs abdominales peuvent se rencontrer. Très irrégulières, elles se répètent à intervalles variables ; courtes d'abord (20') elles s'allongent au point de durer plusieurs heures. Elles ont parfois une régularité assez curieuse et surviennent suivant un horaire fixe, en rapport, pense Baumann, avec une élévation de la tension colique.

Elles siègent en un point fixe de la région abdominale, avec des irradiations dans la région lombaire, dorsale, ou les membres inférieurs. La maximum douloureux est généralement dans le flanc gauche, au niveau de la sigmoïde dilatée. Elles paraissent s'exacerber par la pression du plexus solaire.

Elles peuvent être augmentées par la marche, les exercices physiques (Chiray), une purgation (Bernard), les voyages en chemin de fer ou auto-cars (obs. V). Elles constituent parfois de véritables crises de subocclusion, avec ventre ballonné, tendu sans contractures. Les nausées, les vomissements, sont rares, L'arrêt des matières et des gaz est incomplet ; le facies n'est pas péritonéal.

Par quoi sont provoquées ces crises ? Certains auteurs admettent qu'elles sont dues à un volvulus incomplet d'une anse colique trop longue. Chiray ne le pense pas. Pour lui, les coudures, les obstructions incomplètes par des matières, les compressions d'une portion de l'anse dilatée par les gaz, jouent un grand rôle. Loubeyre (Alger) leur reconnaît un tout autre mécanisme : le développement d'une péritonite plastique, lié à la production d'adhérences provoquées par des réactions inflammatoires de voisinage, dues à la stagnation du bol fécal et à la résorption des produits toxiques dans l'anse malade. En un mot, une péridolichocolite organisant des coudures, des amorces de torsion, des troubles de nutrition et de vascularisation de l'anse.

Dans cette forme douloureuse avec aérocolie, on peut encore observer une atteinte de l'état général, des troubles dyspeptiques, de la fièvre, du subictère, et quand ces symptômes prédominent au point de masquer plus ou moins le syndrome habituel, ils donnent au Dolichocôlon l'aspect des différentes formes cliniques dont nous allons parler.

VI. — FORMES CLINIQUES

Elles dépendent de l'intensité de certains symptômes associés ; nous ne ferons que les résumer, leur appellation suffisant à les caractériser :

Forme dyspeptique, dont les douleurs épigastriques, à type de brûlures, accompagnées de nausées, renvois acides et même vomissements, survenant après les repas ou à jeun quelquefois, réalisent le tableau clinique d'une dyspepsie hypersthénique. Quelquefois ces douleurs sont atténuées et vagues : sensation de pesanteur abdominale, digestion lente, simple dyspepsie réflexe analogue à celle de l'appendicite chronique. Insistons sur la fréquence de la fétidité de l'haleine, de la langue saburrale. Ce sont là les répercussions digestives que Loeper et Baumann ont décrit sous le nom de « Conflit gastro-colique » ; mais il faut savoir qu'il peut coexister, comme dans l'appendicite chronique, un ulcère d'estomac ; probablement même le Dolichocôlon joue, dans certains cas, le rôle de cause prédisposante à l'ulcère gastrique.

Forme colitique avec diarrhée. — Dans cette forme, les troubles colitiques débutent brusquement et sont caractérisés par leur persistance et leur résistance à tout traitement habituel. La diarrhée est constante, la constipation manque : les selles sont fréquentes, répétées, luisantes, muqueuses ou muco-sanguinolentes. Il y a souvent, en outre, des douleurs abdominales le long du cadre colique et des accès fébriles. L'état général est très touché et l'amaigrissement rapide. Parfois, il existe des symptômes réflexes gastriques : pesanteur post-prandiale, état nauséeux, voire même vomissements et on diagnostique une dyspepsie.

Forme hépato vésiculaire. — Au cours de l'évolution du Dolichocôlon, surtout après des crises douloureuses, on constate l'existence de symptômes hépato-vésiculaires : subictère pouvant aller jusqu'à l'ictère franc ; point douloureux vésiculaire très net, accompagné, presque toujours, de signes importants de colite. Il s'agit, en somme, d'un syndrome qui complique certaines formes de Dolichocôlons beaucoup plus qu'une forme clinique bien déterminée.

Forme entéro-rénale. — Les troubles urinaires compliquent fréquemment le Dolichocôlon. Les signes généraux sont à peu près les mêmes que dans le syndrome entéro-rénal : sensibilité rénale, urétérale, vésicale surtout, urines troubles ou purulentes, quelquefois très fétides. Les troubles de pyélonéphrite se rencontrent d'ailleurs dans toutes les autres stases intestinales chroniques.

Forme à stase intestinale chronique, avec colite et péricolite droite. — Chez de nombreux malades atteints de Dolichocôlon gauche, on remarque la prédominance des symptômes douloureux à droite. Ces douleurs simulent celles de l'appendicite chronique. Ils viennent consulter pour des douleurs de la fosse iliaque droite. A l'examen abdominal, on trouve un cæcum gros, gargouillant, douloureux, avec un véritable état de défense musculaire, le tout accompagné d'anorexie et d'état nauséeux. C'est ce qui explique que presque tous ces malades ont été déjà opérés d'appendicectomie ; dans peu de cas, nous avons trouvé des traces de lésions appendiculaires nettes, mais plutôt des voiles d'adhérences péri-iléo-cæcales, ou des brides de péricolite membraneuse.

Nous verrons plus loin que l'examen radiologique montre, bien souvent, que la stase cæcale et la péricolite droite s'associent au Dolichocôlon gauche. La principale cause de cette stase droite serait le spasme de l'anse

dolichocolique, mais surtout l'excès d'angulation de l'angle gauche, obstacle mécanique qui peut, dans une certaine mesure, gêner le transit et entraîner la stase, la dilatation et les réactions du cæco-ascendant.

C'est ce qui explique l'échec de l'hémicolectomie droite dans le traitement du Dolichocôlon qui, supprimant l'effet, laisse la cause intacte.

Forme cardiaque. — Nous voudrions attirer l'attention sur les répercussions cardiaques de certains Dolichocôlons. Les troubles cardiaques déjà signalés par Baumann sont très fréquents. Ils sont variables, comme tous les troubles réflexes. Nous n'en avons pas dans nos observations, mais Nard les avait remarqués chez des porteurs de Dolichocôlon qu'il avait opérés de sigmoïdectomie.

On observe de l'arythmie, des palpitations, même des tendances syncopales. Ces troubles sont dus au passage des gaz et à la compression qu'ils exercent sur le cœur, tout comme dans l'aérophagie. Ces sensations sont angoissantes pour le malade parce que ce sont des sensations de barre, véritables fausses crises d'angine. De même, l'aérocolie peut retentir sur les organes respiratoires et provoquer : crises d'asthme, dyspnée, quintes de toux réflexes, crises d'éternuements à heure fixe.

Forme hémorragique et anémique. — Il faut noter aussi l'existence de véritables formes hémorragiques avec moelena parfois très abondant et même avec hématémèse (Chiray, Moller, Talia). Il est difficile d'affirmer qu'il existe un lien quelconque entre ces derniers et le Dolichocôlon. Dans les cas de colite surajoutée, il existe, au niveau de la muqueuse enflammée, de petites suffusions hémorragiques. Dans notre observation 1, la muqueuse colique de la pièce réséquée montrait un piqueté hémorragique caractéristique.

Lardennois signale des hémorragies survenant sans

prodromes, qui peuvent se répéter à un rythme si rapide qu'en quelques heures elles mettent le malade en danger mortel. Nous n'avons jamais observé de cas semblables. Le mécanisme de ces hématémèses nous échappe, et nous pensons avec Carnot qu'elles peuvent être dues à des ulcérations gastro-duodénales consécutives au Dolichocôlon. En effet, Nard, dans sa communication, a remarqué la coexistence fréquente de l'ulcère gastrique et du Dolichocôlon. A l'époque où il ne pratiquait pas encore l'*hémicolectomie splénique*, il a opéré un malade, dans le même temps, d'un ulcère pylorique sténosant et d'une résection de l'anse sigmoïde énorme. Chez un autre opéré de sigmoïdectomie par voie iliaque gauche, malgré les radiographies gastro-duodénales, un ulcère avait passé inaperçu. Au réveil, pendant les vomissements anesthésiques, ce malade fit une grosse hématémèse. Il en fit une nouvelle onze jours après, alors qu'il allait bien, qui fut foudroyante. Il est probable qu'une vieille et tenace constipation, datant de l'enfance, prédispose à l'éclosion des ulcères pyloro-duodénaux.

Autres formes. — Chiray, dans son livre sur le Dolichocôlon, signale, en outre : des formes pseudo-tumorales, soit par péricolite adhésive (Maestrini et Mussi), soit par stercorome (Letondal, White, Quenu).

B) Des formes avec signes de rectite (Bensaude et Monod).

C) Des formes avec prédominance des signes généraux et troubles nerveux ; états neurasthéniques ou mélancoliques, névroses, phobies, quelquefois des formes d'épilepsie fruste ou larvée, déjà signalées par Gutmann dans l'appendicite chronique. Ces troubles nerveux revêtent parfois une intensité telle qu'elle fait oublier la possibilité d'une origine intestinale.

D) Des formes frustes et latentes, des formes familiales et enfin des formes de l'enfant (Marfan).

VI. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif du Dolichocôlon est assez rarement fait par la clinique seule. Il n'est possible qu'avec le secours de l'examen radiologique par lavement baryté. On pourra soupçonner l'existence de cette affection lorsque l'interrogatoire précisera une histoire clinique nette, un certain nombre de signes même non spécifiques pouvant, en effet, le faire pressentir. Baumann et Chiray, schématisent sous deux aspects les symptômes qui constituent la base du diagnostic clinique et qui sont les signes de présomption qui doivent faire penser au Dolichocôlon et en faire préciser la réalité par le lavement baryté :

1° Les symptômes réflexes dus à l'aérocolie bloquée : ballonnement abdominal, crises douloureuses, subocclusives.

2° Les symptômes toxiques dus à la rétention cæcale : constipation rebelle, stase stercorale avec tout son cortège de phénomènes d'intoxications.

Dans les cas les plus typiques, on se basera sur la triade symptomatique : constipation, aérocolie, crises douloureuses, sur laquelle il est inutile de revenir.

Le diagnostic deviendra facile si on pense à pratiquer un examen radiographique complet par ingestion barytée, par lavement et, chez les malades âgés, par radiographie des plis de la muqueuse intestinale.

Diagnostic différentiel. — Pour faire le diagnostic différentiel, il faut savoir qu'avec le Dolichocôlon on peut commettre deux genres d'erreurs :

1° Mettre sur le compte du Dolichocôlon — trouvaille d'examen clinique — toute la symptomatologie présentée par le malade, et ainsi laisser passer inaperçue une autre affection.

2° Au contraire, avoir l'attention attirée par une com-

plication du Dolichocôlon et ne pas savoir reconnaître celui-ci, véritable cause de la maladie.

Dans le premier genre d'erreurs, notre attention étant attirée par le Dolichocôlon, nous pourrons, par exemple, ignorer un cancer colique greffé sur ce Dolichocôlon ; ignorer l'existence d'un ulcère gastro-duodénal térébrant et grave, coïncidant avec le Dolichocôlon ; l'existence d'une pyonéphrose, beaucoup plus grave, dans son évolution, que celle du Dolichocôlon, etc., etc...

Dans le deuxième genre d'erreurs, nous soignerons un malade et l'opérerons pour appendicite chronique, alors que le Dolichocôlon sera le vrai coupable ; nous le soignerons inutilement pour cholécystite ou angiocholite, alors que l'intestin sera le responsable ; on s'acharnera à faire des lavages du bassinet pour une pyélonéphrite qui ne guérira pas si on ne guérit pas le Dolichocôlon ; on soignera un malade pour son état général : anémie, amaigrissement, sans se rendre compte que la cause est un Dolichocôlon ; on fera, chez une jeune fille, les traitements les plus compliqués d'opothérapie pour insuffisance endocrinienne, alors qu'une opération sur le Dolichocôlon rétablira l'équilibre endocrinien, etc...

Nous voyons ainsi la complexité du diagnostic différentiel et nous comprenons que si, d'une part, en examinant les malades, il faut penser au Dolichocôlon, il faut aussi, quand on trouve un Dolichocôlon, ne pas se contenter de cette trouvaille, mais compléter minutieusement l'examen des malades et avoir toujours cette pensée que les bons résultats de la chirurgie du Dolichocôlon dépendent d'un bon examen clinique.

VIII. — COMPLICATIONS

Si, pendant des années, et même toute une vie, le Dolichocôlon peut rester latent, ou ne se traduire que

par les symtômes classiques, il n'est pas rare, cependant, de voir survenir des complications aiguës.

En dehors de la colite, qui vient souvent se greffer sur le Dolichocôlon, colite spasmodique qui l'aggrave et entraîne des douleurs continuelles, d'autres complications peuvent survenir. Elles relèvent de causes mécaniques et la principale est le volvulus.

1° Le *volvulus*, très anciennement connu, reste la complication majeure du Dolichocôlon. Il siège, presque toujours, sur l'anse sigmoïde. Deux conditions sont indispensables à sa production : une anse très longue et un méso très étroit, ramenant presque en contact les deux branches de l'anse (Potain, Forgues, Alglave). Ces anses longues, à méso étroit, se tordent brusquement, généralement dans le sens des aiguilles d'une montre, souvent à l'occasion d'un effort brusque ou prolongé, et réalisent une occlusion par strangulation, avec gangrène rapide de l'anse.

Mondor a bien insisté sur les grands signes cliniques du volvulus aigu, qui sont ceux de l'occlusion grave à début brusque : douleurs vives avec paroxysmes à gauche, distension de l'anse malade avec péristaltisme visible aux premières heures, avec météorisme localisé, asymétrique, avec arrêt des matières et des gaz, vomissements rares ou tardifs. Avant cette phase dramatique, il y a eu souvent de petites crises de subocclusion, répondant à des ébauches de volvulus et créant la mésentérite rétractile, autre origine possible du volvulus (Viguier, Lefèvre, Leflaive).

Si les accidents aigus ne cèdent pas, il faut intervenir sans retard avant que les signes d'infection péritonéale ne surviennent.

On a cité la possibilité de volvulus du transverse dans le cas de Dolichocôlon transverse (Guinard, Augspach, Dague).

2° *L'infection de l'anse n'est pas rare.* — Elle se produit surtout sur les Dolichocôlons volvulés. L'essaimage des germes intestinaux, à travers la paroi intestinale, provoque des réactions péritonéales légères, plastiques, des adhérences plus ou moins serrées autour du Dolichocôlon. Ces adhérences peuvent se développer sur différents points : sur le côlon droit, sur l'anse anormale. Elles facilitent les coudures, les accolements en canon de fusil. Cette péricolite plastique peut être perceptible à la palpation et, exceptionnellement, produire des sténoses (Talia).

3° *La sigmoïdite ou perisigmoïdite* aiguë est rare, elle s'accompagne de fièvre, de réaction péritonéale; on peut, à la palpation, sentir une masse indurée dans la fosse iliaque gauche, qui se résorbe ou que l'on incise comme on inciserait un abcès appendiculaire situé à gauche.

4° *Les hémorragies.* — Elles sont fréquentes sous forme de petites hémorragies intestinales après une crise douloureuse. Elles sont souvent en rapport avec une colite hémorragique surajoutée ou bien d'origine mécanique (Chiray). D'autres fois, il s'agit d'un moelena abondant ou d'une grande hémorragie posant alors des problèmes de diagnostic difficiles. Nous les avons étudiées dans les formes cliniques.

5° Nous avons insisté aussi, dans les formes cliniques, sur certains symptômes prédominants qui sont à l'origine d'affections aiguës évoluant au cours d'un Dolichocôlon. Ainsi il n'est pas rare de voir ces malades faire des poussées d'angio-cholécystite et des pyélonéphrites aiguës.

Rappelons, pour terminer, que la constipation chronique par Dolichocôlon, prédispose aux ulcères gastro-duodénaux et qu'une complication aiguë grave, au cours d'un Dolichocôlon, peut être la perforation d'un ulcère ou l'hémorragie foudroyante (cas personnel de Nard

cité dans le paragraphe « Formes hémorragiques et anémiques »).

IV. — ÉTUDE RADIOLOGIQUE

Quels que soient les accidents et les réactions locales ou générales provoquées par le Dolichocôlon, on ne peut en faire le diagnostic d'une manière ferme qu'après un examen radiologique complet. Pour être complet, il comprendra :

A) Une radiographie sans préparation spéciale ;

B) Un examen, après repas opaque, du transit intestinal ;

C) Un lavement baryté.

A) *L'examen direct*, sans préparation spéciale, peut donner quelques renseignements ; surtout si l'aérocolie est intense, on verra la répartition des gaz intestinaux ; les bulles gazeuses sont accumulées, le plus souvent, à l'angle colique gauche ou dans le cæco-ascendant et le transverse. Quelquefois on pourra voir, dessinées par les gaz qu'elles contiennent, les coudures du Dolichocôlon.

B) *L'épreuve du transit* peut montrer, dès l'ingestion de la bouillie barytée, des déformations de l'image gastrique consécutives à l'aérocolie, simulant une biloculation de l'estomac ; son évacuation peut se faire normalement ou avec un retard plus ou moins important, suivant les cas. Mais c'est surtout l'examen du cadre colique qui fournit les signes importants : la stase, se produit, le plus souvent, en amont du Dolichocôlon, stase cæcale, du côlon droit ou du transverse, qui demeurent injectés pendant deux ou trois jours, le passage de la baryte, dans les anses allongées, sous forme de « boulettes » de petit volume, le retard de la traversée intestinale qui se prolonge au delà de trente-six heures.

Malheureusement, ces renseignements sont souvent incomplets, surtout quand l'anse dolichocolique est vide de baryte, ce qui est fréquent, et c'est pourquoi l'on passe quelquefois à côté du diagnostic.

C) *Le lavement baryté est donc indispensable* ; c'est le moyen rapide et sûr de faire le diagnostic. Nous n'insisterons pas sur le temps préparatoire et la technique du lavement, décrite en détail dans les ouvrages classiques de radiologie, car l'image que l'on obtient se passe de tout commentaire (Lardennois et Aubourg, Chiray, Lomon et Walh, Gatelier, Moutier et Porcher, Bensaude et O. Monod). On peut, avec Chiray, classer les Dolichocôlons d'après leur siège et par ordre de fréquence, en : sigmoïdes, iliaques, spléniques, descendants, transverses, droits, et généralisés.

L'examen radiologique permet, en outre, de reconnaître la coexistence de mégacôlons, de mégarectums, de juger la tonicité du côlon, son degré de distension, sa mobilité excessive, ou, au contraire, l'existence d'adhérences dues à la péricolite, de localiser les torsions et coudures en « canon de fusil ».

Radiographie des plis de la muqueuse intestinale. — Nous terminerons cette étude en signalant la nouvelle méthode d'examen radiologique des plis de la muqueuse intestinale et l'intérêt qu'elle peut avoir pour le radiodiagnostic des Dolichocôlons.

Bien qu'elle ait été proposée en 1928 par Bluhbaum, Erick et Kalkbreuner, elle ne fut étudiée en France qu'en 1933, par Sarasin et Ledoux-Lebard. Cette méthode est caractérisée par l'emploi, en lavement, de solutions colloïdales de dioxyde de thorium qui se déposent sur les couches superficielles de mucus intestinal et y adhère pendant une vingtaine de minutes après l'évacuation du surplus de la solution. Elles permettent ainsi la représentation du relief interne du côlon.

Nous ne la connaissions pas encore en 1929, lors de notre première *hémicolectomie splénique*, qui avait été opérée avec le diagnostic de subocclusion par cancer du gros intestin. Elle nous aurait permis d'éviter cette erreur de diagnostic.

On voit l'intérêt de cette méthode, qui permet d'éliminer à coup sûr toutes les causes d'erreurs de diagnostic et surtout celui de cancer colique. De plus, les malformations acquises ou congénitales, Dolichocôlons en particulier, n'apparaissent pas exagérées comme dans les distensions par les grands lavements barytés.

Les diverticules, les polypes, les néoplasmes bénins ou malins, qui restaient cachés sous la couche de baryte, ont pu être découverts par cette méthode en couche mince. Enfin, dans les états colitiques, cette méthode a permis la découverte de toute une gamme de signes récents, depuis la simple irritation de la muqueuse qui se traduit par l'accentuation du nombre et de l'épaisseur des plis, jusqu'aux colites interstitielles et aux péricolites, qui altèrent la structure des tissus.

X. — TRAITEMENT MÉDICAL

Bien que ce travail soit fait dans un esprit chirurgical, nous réservons un chapitre au traitement médical, et nous attribuons à celui-ci une grande importance, cela pour plusieurs raisons :

Même chez les malades opérés, il sera utile de le connaître et de le prescrire quelquefois dans les suites immédiates ; de plus, ce traitement est une bonne préparation à l'intervention chirurgicale, et surtout l'épreuve du traitement médical donne, au Médecin et au Chirurgien, le temps de bien observer le malade. C'est souvent pendant cette période que l'on pourra rectifier une erreur de diagnostic ou compléter un dia-

gnostic insuffisant ; enfin, si le traitement médical échoue, ou tout au moins ne suffit pas, le Chirurgien a ainsi les mains beaucoup plus libres pour offrir l'intervention chirurgicale.

Le traitement médical compte, en dehors des crises, trois éléments :

Régime ;
Médicaments ;
Entéroclyses.

1° *Régime.* — Le régime sera en rapport avec l'état des côlons et basé sur l'analyse coprologique. Il tendra à supprimer les aliments susceptibles d'augmenter les gaz intestinaux, qui distendent les anses coliques (farines et légumes) et les aliments fermentés, épicés, chez les colitiques. Régime lacté ou végétarien chez les intoxiqués.

2° *Les médicaments* agiront sur la motricité intestinale, régularisant le transit sans irriter les muqueuses. Les principaux seront des laxatifs mucilagineux (agar-agar, psyllium) ; des laxatifs huileux (huile de paraffine, d'olive) ; purgatifs associés au charbon ou à des ferments lactiques.

On utilisera avec succès les antispasmodiques : belladone, atropine. Chiray recommande l'usage du son (en biscottes). Signalons le traitement d'Alban Girault, basé sur l'ingestion horaire de laxatifs végétaux, qui a donné de bons résultats à A. Bernard (de Lille).

3° *Les entéroclyses* répétés doivent être prescrits systématiquement (Chiray). Tous les deux ou trois jours, donner un grand lavement de un litre d'eau bouillie tiède, pure ou additionnée d'un extrait biliaire liquide, le matin sous faible pression. Il agit mécaniquement en nettoyant le sigmoïde encombré et réveille le péristaltisme intestinal. Mais ces entéroclyses peuvent être rendus impossibles par une colite spasmodique surajoutée.

Signalons encore les traitements physiothérapiques : massages, électrothérapie, lavements électriques, qui donnent des résultats inconstants (Bensaude).

Pendant les crises douloureuses d'aérocolie, de subocclusion, si l'intervention chirurgicale d'urgence n'est pas indiquée par une occlusion totale, la diète, le repos, les antispasmodiques, les petits lavements d'huile d'olive, feront cesser rapidement les crises douloureuses.

Ajoutons, pour terminer, qu'il faudra souvent adjoindre, à ce traitement médical de fond, celui des syndromes associés : dyspepsie, colite, pyélonéphrite.

CHAPITRE II

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU DOLICHOCÔLON

Lorsque le traitement médical s'est montré inopérant, l'opportunité d'un traitement chirurgical du Dolichocôlon non compliqué a été envisagée par de nombreux auteurs. Si leurs opinions diffèrent sur le mode de thérapeutique chirurgicale, ils sont tous d'accord, même actuellement, pour limiter considérablement les indications de l'acte opératoire. Citons, extraits de récents travaux, les passages relatifs aux indications du traitement chirurgical du Dolichocôlon.

Chiray, dans son ouvrage consacré au Dolichocôlon :

« Nous réservons personnellement le traitement chirurgical « aux Dolichocôlons compliqués de péricolite plastique ou « suppurée, ou encore de volvulus », et plus loin : « L'inter- « vention radicale n'amène pas toujours la guérison. »

Lardennois (*Presse Médicale*, 24 février, 1932) :

« L'indication de l'action chirurgicale du traitement du « Dolichocôlon pelvien reste, en réalité, assez rare. Il s'im- « pose, le plus souvent, après l'échec du traitement médical. »

Dans les conclusions des thèses de Milhiet et de Limasset :

« La véritable indication, c'est la répétition ou l'intensité « des crises douloureuses abdominales de subocclusion. »

Nous voyons ainsi, par tous ces avis, que la tendance

actuelle est de restreindre, de plus en plus, les indications du traitement chirurgical du Dolichocôlon. Jusqu'ici, tout ce qui a été fait pour ce traitement peut se confondre avec le traitement chirurgical de la constipation et de la stase. Aussi, avant d'étudier la chirurgie actuelle du Dolichocôlon, allons-nous faire un bref historique de la chirurgie dirigée contre la constipation et la stase. Cet historique est nécessaire, en effet, car on intervenait pour une constipation et une stase dont la cause était souvent une longueur anormale du côlon et, en particulier, du côlon pelvien.

Puis, nous décrirons les différents procédés opératoires dirigés contre les seules dolichocolies et les résultats obtenus, tant anatomiques, que physiologiques.

I. — LA CHIRURGIE DE LA CONSTIPATION ET DE LA STASE

Il semble que la question du traitement chirurgical de la constipation soit très ancienne. Mais, c'est au grand chirurgien de Londres, Arbuthnot Lane, que revient le mérite d'avoir, de toute sa vigoureuse autorité, attiré l'attention des possibilités thérapeutiques de la chirurgie, dans la constipation chronique. Ses opérations de « short circut » et ses résections coliques sont à l'origine des travaux actuels sur la question. Pauchet, en France, s'est attaché à répandre les conceptions et les conclusions de Lane.

Nous ne donnerons qu'un aperçu des interventions préconisées et nous verrons plus loin que leur gravité n'était pas toujours en rapport avec l'importance du symptôme et des lésions, et surtout avec la qualité des resultats.

Nous ferons, dans cet historique, de larges emprunts aux importantes thèses, sur la question, de Sorrel et de Lefèvre.

Procédés opératoires

Quatre grands procédés opératoires ont été préconisés :

A) Les libérations d'adhérences ;

B) Les fixations et restaurations ;

C) Les dérivations par entéro-anastomoses ;

D) Les résections coliques.

A) *Libérations d'adhérences.* — Méthode qui consiste à intervenir directement sur les obstacles au transit intestinal ; section de la bride de Lane qui maintient la coudure iléale ; de la membrane de Jackson, qui recouvre et immobilise le cæcum ; enfin de toutes les adhérences ou des brides à distance qui se sont établies sur un segment quelconque de la masse intestinale (A. Lane, H. Mayo, Mummery, Connel, Hofmeister, Jackson).

B) *Les fixations et restaurations* (Pexies, Raphies, Plasties). — Méthodes indirectes et modelantes, qui essaient de rendre à l'intestin son trajet normal et son volume, par des suspensions ou des rétrécissements artificiels.

1° *Les fixations ou suspensions isolées du cæcum.* — Elles ont été pratiquées surtout en Allemagne, avec des techniques différentes (Wilms en fut le promoteur en 1908). Cæcopexie par inclusion du cæcum dans une poche rétropéritonéale artificielle (Klose). Fixation du cæcum depuis le fond jusqu'à l'angle sous-hépatique, par une suture prenant la bandelette longitudinale postérieure, d'une part, et le péritoine pariétal latéral plissé par des pinces, d'autre part.

P. Duval utilise, comme plan de fixation, le petit psoas, moins extensible que le péritoine. Les techniques d'autres auteurs, comme Quenu, Cuneo, Stierlin, Goebell, Williams, se rapprochent de celles que nous venons de décrire.

Plus récemment, Grégoire et Duval, pour combattre la stase cæcale, ont recommandé une colopexie en équerre dont ils ont établi la technique (Grégoire et Duval, mars 1921, *Presse Médicale*).

2° *Fixations du côlon transverse*, pratiquée la première fois pour ptose exagérée, par Tuffier (1889). Il fixe le côlon, par sa bandelette, dans des aponévroses du carré des lombes.

Gallet et Rouffaert (1890), Lambotte (1895) : Fixations à la soie à travers la paroi abdominale.

Mauclaire et Mouchet : Fixation de l'angle gauche à la face interne de la 9e côte, sur la ligne axillaire.

3° *Fixation de l'anse sigmoïde*, recommandée par A. Lane, Clarck, Klose, dans le cas d'anses trop mobiles et pour parer au volvulus. Colopexie par fixation du méso à la paroi (Roux 1884). Procédé de Lenormant ou encore procédé plus complexe avec oblitération du Douglas décrit par Quenu et Duval.

4° *Fixations combinées* de l'intestin à d'autres fixations d'organes (Coffey, Luther, Pringle) : gastropexies, néphropexies (Alglave).

Les Raphies se proposent de rétablir les dimensions normales de l'intestin en pratiquant un resserrement artificiel plus ou moins étendu, en particulier pour les mégacôlons. C'est Paul Delbet qui décrivit, le premier, un procédé de cæcoplicature terminale par invagination du fond cæcal. Par la suite, Mauclaire, Cuneo, pratiquèrent une cæcoplicature antérieure, qui réduisit du tiers le calibre du cæcum. Pauchet utilise les deux plicatures ensemble. La plupart des auteurs combinent les cæcopexies et les cœcoplicatures, comme Ockinczyc et Hertz, qui associent la columnisation cæcocolique à la typhlopexie (*Société de Chirurgie*, juin 1927).

C) *Les dérivations par entéro-anastomoses*, avec ou sans exclusion :

Ces opérations se proposent de supprimer la stase dans certains segments du gros intestin, en dérivant opératoirement les matières qui y stagnent. On a cherché à atteindre ce but en anastomosant le point déclive de la région de stase, avec un point de l'intestin situé quelque part en aval du précédent ; on raccourcit plus ou moins considérablement le trajet des matières et on évite l'obstacle en le contournant. Ce sont des opérations dites de court-circuit. Ces opérations sont de deux types différents :

Le premier type est l'anastomose latéro-latérale, sans section intestinale.

Le deuxième type est réalisé par la section de l'intestin grêle, avec fermeture du bout distal et implantation du bout proximal sur un point quelconque du gros intestin. On obtient ainsi une anastomose termino-latérale, avec exclusion uni-latérale, rendant obligatoire le passage des matières au niveau de cet abouchement.

Les opérations de dérivation qui sont le plus fréquemment utilisées sont :

L'iléo-transversotomie ;
L'iléo-sigmoïdostomie ;
La cæco-sigmoïdostomie.

1° *Iléo-transversotomie.* — Anastomose de la portion terminale de l'iléon et du côlon transverse, soit latéro-latérale, soit termino-latérale. Elle est surtout employée dans les stases siégeant de la fin de l'iléon jusqu'à l'angle hépatique, par de Quervain, Wilms, Stierlin.

2° *Iléo-sigmoïdostomie.* — Cette anastomose a obtenu longtemps la faveur des opérateurs. Pratiquée pour la première fois par Giordano, en 1900, pour colite chronique, puis dans la constipation et la stase par Mansell Moulin (1901) et Francke (1902). Anastomosant la fin de l'iléon au sigmoïde, au-dessus du rectum, elle était le court-circuit par excellence et devait permettre une

rapide dérivation des matières. On la pratiquait suivant plusieurs modalités :

a) Iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale ;

b) Iléo-sigmoïdostomie avec exclusion :
bilatérale du gros intestin ;
unilatérale.

Pour pallier aux troubles causés par l'exclusion du gros intestin, certains auteurs ont pratiqué l'appendicostomie (Rockey) ; l'implantation des deux bouts de l'iléon dans le sigmoïde (premier procédé de Monprofit, Duval, Mauclaire) ; d'autres ont essayé de créer une valvule « iléo-sigmoïdienne » par des interventions plus ou moins ingénieuses (Baker, Kellog).

3° *Cæco-sigmoïdostomie.* — Nous trouvons l'utilisation de cette anastomose par Hartmann (1905). Brin et Giordano en ont montré la valeur pratique ; employée depuis, en France, par Pauchet, Duval, Roux. Au début, elle était latéro-latérale simple. Puis, Lardennois et Ockynzic ont imaginé et mis en pratique la cæco-sigmoïdostomie en Y ou, après section du sigmoïde, ils anastomosaient son bout périphérique au cæcum, puis, ensuite, le bout central était implanté dans la portion sous-jacente, au-dessous de la première anastomose.

D) *Résections coliques.* — Elles ont pour but de supprimer, en la réséquant, la zone malade, altérée anatomiquement, où la stase chronique entretient les résorptions toxi-infectieuses. C'est à la suite des échecs des méthodes précédentes que les opérateurs en vinrent à la colectomie.

L'étendue de cette colectomie n'est pas toujours la même, suivant les chirurgiens. Elle est, suivant son degré : segmentaire, étendue, subtotale, totale ; c'est de cette dernière dont parlait Metchnikoff. Nous allons les passer en revue séparément :

Colectomie totale. — Arbuthnot-Lane et ses élèves :

Chapple, Hall, furent les créateurs de la colectomie totale, remplissant ainsi le vœu formulé par Metchnikoff. La technique de Lane était la suivante ; le côlon entier était extirpé et le bout iléal implanté dans la portion conservée du sigmoïde. Pauchet, au début, a suivi cette technique. Lardennois et Ockynczyc y ont apporté des perfectionnements importants : Décollement colo-épiploïque et conservation du grand épiploon ; recherche anatomique des pédicules coliques.

Colectomie subtotale. — Lardennois a imaginé un procédé de colectomie subtotale : la colectomie sous-cæcale où il conserve la fin de l'iléon, la valvule iléo-cæcale, le cæcum et une partie du côlon ascendant. Il rétablit la continuité du tube digestif par une anastomose cæco-sigmoïdienne (*Journal de Chir.*, juin 1914).

Colectomie étendue. Hémicolectomie droite. — C'est l'extirpation du côlon proximal entier, ou presque entier, comprenant la fin de l'iléon, le cæcum, l'ascendant et la moitié du transverse. Pierre Delbet et Leveuf en ont réglé la technique après essai sur le cadavre. Ils terminaient par une *Iléo-transversotomie.* Pauchet a repris cette technique en la faisant bénéficier du décollement colo-épiploïque et en faisant l'anastomose iléo-transverse au bouton de Murphy, réalisant : l'*hémicolectomie droite aseptique.*

Résultats

Il n'est pas douteux que cette chirurgie de la stase ait passé par les différents stades d'enthousiasme, de doute et de discrédit. Actuellement, nombre de Médecins et de Chirurgiens n'éprouvent, à l'égard de ses mérites, que le plus complet scepticisme. Nous allons étudier les résultats obtenus avec les interventions proposées, depuis les sections d'adhérences jusqu'aux résections

coliques, puis donner les raisons principales des échecs.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que les *libérations* ou *résections d'adhérences* ne peuvent, à elles seules, assurer un bon résultat dans le traitement de la stase et de la constipation chronique. *Plicatures et pexies* ont joui d'une grande vogue il y a quinze ou vingt ans, mais paraissent avoir perdu un peu de la faveur générale : « Cette opération n'est pas suffisamment « efficace pour justifier, à elle seule, l'acte chirurgical » (Pauchet). « Les cæcopexies et les cæcoplicatures m'ont « donné les résultats les moins bons ; j'y ai renoncé » (Lambret). — *Les anastomoses* dirigées contre la stase fonctionnent imparfaitement parce qu'elles ne sont pas faites pour un obstacle sténosant. L'iléo-transversotomie ne modifie pas la stase gauche, de plus la torsion de l'anastomose est possible (Lardennois). — *L'iléo-sigmoïdostomie* peut être dangereuse quand l'S iliaque dessine un Dolichocôlon pelvien avec meso-sigmoïdite ; elle donne de médiocres résultats dans la stase droite ; avec exclusion, elle est pire, par le reflux, elle crée une stase plus grave que celle qu'elle prétend guérir. Lane l'a justement abandonnée. — *La cœco-sigmoïdostomie* améliore davantage les malades, mais semble d'un fonctionnement incertain chez les atoniques, les ptosiques, les colitiques. Elle paraît faciliter une forte aérocolie bloquée à l'angle splénique (Lardennois).

Enfin, le danger de toutes les anastomoses est qu'elles déterminent, par leur fonctionnement, la production de péricolite qui vient quelquefois les enserrer.

Quels furent les résultats obtenus par les *résections coliques ?* On se souvient de la véritable croisade entreprise par Lane. Il avait commencé à chercher la guérison dans une exclusion du gros intestin puis, après échecs divers, il avait préconisé la colectomie totale. En dépit de plaidoyers chaleureux, cette colectomie totale a sou-

levé de nombreuses critiques. Loin d'améliorer ses malades, il n'arrivait qu'à faire des détraqués abdominaux à statique intestinale rompue complètement. Ce déséquilibre était obtenu par la dilatation gastrique, la chute de l'estomac et, si les malades venaient à maigrir ou avaient une musculature insuffisante, la ptose s'accentuait jusqu'à rendre la station debout quasi impossible. La diarrhée était constante et, quelquefois, insupportable ; le grêle présentait une irritabilité qui le rendait plus douloureux encore qu'un gros intestin colitique. Ces suites, assez pénibles, ont rendu de plus en plus restreintes les indications de la colectomie totale.

Plus modeste était l'*hémicolectomie droite*. Elle a été très en vogue. Elle a presque toujours donné de bons résultats immédiats dans les stases cæcales. Mais, quand cette stase était provoquée par les troubles spasmodiques d'un Dolichosigmoïde non toléré, l'hémicolectomie droite ne supprimait pas la cause. Aussi, les bons résultats devenaient-ils passagers, les malades faisaient d'autres foyers douloureux, la résorption se produisait dans le transverse restant. L'angulation exagérée de l'angle splénique restait toujours un obstacle au transit normal. C'est ce que Lardennois exprimait dans son rapport au Congrès de Chirurgie d'octobre 1927 : « ce « qui limite les indications de la colectomie droite, c'est « la fréquence des déformations et des contractures du « côlon gauche qui subsistent. Il faut, avant de la « pratiquer, s'assurer de la perméabilité aisée et du « fonctionnement régulier du côlon au niveau de l'angle « splénique, du descendant, de l'S iliaque et du rectum « se souvenant que la cause d'une dilatation cæcale « peut être très loin au-dessous d'elle ».

En résumé, malgré les différents procédés recommandés, le traitement de la stase n'a pas donné les résultats que l'on espérait.

Deux interventions ont retenu l'attention des chirurgiens :

La *cœco-sigmoïdectomie* et
L'*hémicolectomie droite.*

Sont-elles rationnelles et sans gravité ? Nous ne le pensons pas. Nous répéterons, avec Victor Pauchet, la règle chirurgicale qui doit régir le traitement chirurgical de la stase intestinale chronique :

« Nous ne devons point oublier que l'affection pour « laquelle nous opérons ne menace point immédiatement la « vie du sujet ; si nous voulons la faire accepter du malade « et du médecin, c'est à la condition formelle d'une extrême « bénignité. »

II — CHIRURGIE ACTUELLE DU DOLICHOCOLON

A l'heure actuelle, et d'après les derniers travaux sur le traitement chirurgical du Dolichocôlon, c'est la colectomie segmentaire qui demeure, pour la plupart des auteurs, le traitement de choix. Nous avons recherché ces travaux. Les voici, par ordre chronologique :

1° *Dolichocôlon sigmoïde traité par la colectomie*, Pauchet (*Paris Chirurgical*, janvier 1928).

2° *Traitement chirurgical du Dolichocôlon*, Lardennois (*Presse Médicale*, 24 février, 1932).

3° *Traitement chirurgical du Dolichocôlon, par la résection en un temps*, etc..., H. Milhiet (*Thèse Paris*, 1934)

4° *Traitement chirurgical du Dolichocôlon par la résection colique*, H. Limasset (*Thèse Paris*, 1935).

5° *Traitement chirurgical du Dolichocôlon*, T. de Martel et J. Denet (*Archives Hosp.*, juillet 1935).

6° *Traitement du Dolichocôlon, volvulé ou non, par la résection*, etc. M. Goinard, d'Alger (Rapport à la *Société Chirur.*, du 10 juillet 1935, M. Ockynzyc rapporteur).

Procédés opératoires

Les procédés opératoires de résections coliques segmentaires sont multiples et, avant d'analyser succinctement les travaux ci-dessus, faisons un bref historique des procédés de colectomies : Reportons-nous aux lumineux rapports du professeur P. Duval, au XXVI[e] Congrès de Chirurgie, 1913 ; d'Abadie et d'Ockynzyc au Congrès de 1922. P. Duval a classé les différents procédés et les a ramenés à trois méthodes :

I. *Colectomie en un temps.* — Opération de Reybard (1883) pratiquée pour cancer du sigmoïde. Résection segmentaire et rétablissement immédiat de la continuité par suture termino-terminale intra-péritonéale. A été pratiquée avec succès par Leveuf et Guimbellot. Précédée d'un anus cæcal de dérivation, c'est une variante imaginée par Baum et suivie par Jaboulay et Cavaillon. Si la suture termino-terminale est extériorisée au-dessus du péritoine fermé et refoulé sous la paroi reconstituée, c'est le procédé de Bloch-Hochenegg.

II. *Colectomie en deux temps.* — Ou colectomie par extériorisation et résection immédiate avec dérivation, sans rétablissement immédiat de la continuité : Technique d'Hartmann, 1904.

Le premier temps comprend : extériorisation d'anse, surjet d'adossement en canon de fusil des parties afférente et efférente. Fermeture du péritoine. Résection. Les deux bouts sont à la paroi : le premier avec un tube de Paul, l'inférieur est écrasé et lié.

Le deuxième temps est pratiqué environ trois semaines après : c'est la fermeture intra-péritonéale de l'anus artificiel, fermeture des deux bouts et anastomose latéro-latérale.

La technique de Paul (1900) diffère légèrement de celle-ci. Il établit la dérivation sur les deux bouts afférent et efférent et place un tube à chaque bout.

Si on ajoute à la technique d'Hartmann un rétablissement immédiat, mais partiel, de la continuité, par anastomose latéro-latérale des deux pieds de l'anse, c'est le procédé d'Hartmann (2e type). Si on fait l'implantation du bout distal dans le bout proximal, par suture termino-latérale, c'est le procédé de Lardennois. Enfin, si on fait une suture termino-terminale de la demi-circonférence postérieure et fixation à la peau de la demi-circonférence antérieure, c'est le procédé Bouilly-Fiolle-Volkmann.

III. *Colectomie en trois temps.* — C'est l'opération de Quenu, décrite dans la *thèse de Cruet* (1914).

Premier temps : Extériorisation de l'anse avec son pédicule vasculaire. Fermeture du péritoine par son procédé spécial.

Deuxième temps : Résection, huit jours après, de l'anse et son pédicule, amorce de l'entérorraphie à la Bouilly-Volkmann.

Troisième temps : Fermeture de l'anus en terminant l'anastomose.

Ces procédés de colectomies ont été décrits pour la chirurgie du cancer colique, et en particulier pour ceux du côlon gauche. Mais de nombreux auteurs : Duval, Pauchet, Bloch, Slessinger entr'autres, ont réséqué par ces méthodes, avec quelques modifications, des dolichosigmoïdes.

Application de la colectomie segmentaire au Traitement Chirurgical du Dolichocôlon.

Revenons aux travaux actuels, qui s'inspirent tous, à quelques détails près, des techniques précédentes.

V. Pauchet rapporte, dans le *Paris Médical* de jan-

vier 1928, l'observation d'un Dolichocôlon splénique qu'il a traité par la colectomie segmentaire splénique. Nous verrons plus loin que cette colectomie ne ressemble en rien à l'intervention que nous proposons. Il fit une colectomie en deux temps (procédé de Mickulicz), qui fut d'ailleurs assez pénible. Il écrit lui-même :

« J'ai eu quelques difficultés à exécuter cette opéra-
« tion. Elle nécessite la résection d'un arc chondro-
« costal. » Il décrit cette technique, d'ailleurs spéciale pour les Dolichocôlons spléniques, dans son fascicule XIII de la *Pratique Chirurgicale Illustrée*. Il rappelle, dans son article, qu'il n'y a qu'un traitement du Dolichocôlon : la colectomie segmentaire.

Lardennois (*Presse Médicale* 1932) écrit, à propos du Dolichocôlon pelvien non compliqué : « Il n'est pas dans
« notre pensée de proposer la suture immédiate pour
« les côlons à parois manifestement malades ; mais,
« quand les parois restent relativement saines, ni trop
« dilatées, ni trop spasmées, nous avons pris, peu à peu,
« l'habitude d'exécuter la colectomie en un temps. »
En somme, Lardennois est éclectique : Il opère, suivant le cas, en un ou plusieurs temps.

Seneque (In *thèse* Milhiet) préconise une variante de l'opération de Reybard : la résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée.

Bergeret (In *thèse* Limasset) préconise la colectomie en un temps après dérivation par anus cæcal, c'est-à-dire le Jaboulay-Cavaillon, avec modification dans la technique de l'anastomose.

De Martel, dans les *Archives hospitalières* de juillet 1935, résèque les Dolichocôlons suivant la technique de Paul, à laquelle il a apporté quelques modifications de détail et d'instruments (écraseurs à coulisse protectrice, lampe froide, etc, etc...). Il opère en deux, trois et même quatre temps car, quelquefois, il

fait une petite fistule cæcale comme soupape de sûreté.

Goinard, d'Alger, reprend, pour le Dolichosigmoïde, la technique de Volkmann dans la résection pour cancer. Il prétend d'ailleurs ne rien innover et rappelle que Delore et Bisch l'ont recommandée dans la *Revue de Chirurgie* de 1932. C'est la résection avec anastomose immédiate, subtotale, avec dérivation temporaire *in situ*.

Interventions sur le système nerveux. — Nous en avons fini avec le traitement chirurgical du Dolichocôlon, et, avant d'aborder l'étude de l'*hémicolectomie splénique*, nous voulons dire un mot de la Neuro-chirurgie du Dolichocôlon.

Depuis quelques années, ce traitement a été proposé et appliqué par des chirurgiens Anglais et Américains : en Nord-Amérique par Wadd et Royle, Judd et Adson ; en Angleterre par Walter Mercer. Il consiste en une ganglionectomie et ramisection sympathique lombaire bi-latérale, plus résection du nerf présacré. Cette intervention est basée sur les données physiologiques suivantes :

L'hyper-activité du sympathique lombaire entraînerait, par l'inhibition du tonus et de la motricité des tuniques musculaires du côlon pelvien, la dilatation et l'hypertrophie des parois coliques, favorisant ainsi la stase. Ces interventions ont été, le plus souvent dirigées sur des dilatations idiopathiques, maladie de Hirchprung plus que pour des Dolichocôlons. Les auteurs semblent avoir obtenu de bons résultats, surtout pour les mégacôlons et méga-Dolichocôlons ; mais, à côté des succès, il y a des échecs nombreux : 38,5 % de mortalité ou de non-améliorations dans la statistique de Judd (1928).

De bons résultats ont été obtenus, en France, par Gatelier et Merle d'Aubigné (juillet 1935) et Leriche

(*Lyon Chirurgical*, 1935). Mais il serait intéressant de savoir si les améliorations obtenues ont été durables.

De nombreuses critiques ont été soulevées. Il est même permis de se demander si, physiologiquement, cette intervention est logique (*Thèse de Louscht* 1934).

Lardennois écrit :

« Encore reste-t-il à démontrer qu'on peut, sans incon-
« vénient, interrompre au petit bonheur d'aussi importantes
« voies nerveuses, même en faisant confiance au système
« autonome intra-mural qui joue évidemment, en pareil cas,
« un rôle essentiel. »

Wertheimer (*Lyon Chirurgical*, 1934) :

« Dans cette dernière affection (Méga-Dolichocôlon) où
« la malformation anatomique est considérable, je ne pense
« pas qu'on puisse obtenir des résultats importants par l'uti-
« lisation d'une chirurgie neurologique. »

Adson lui-même écrivant, en 1933, à René Leriche pour le renseigner sur ses opérés de la clinique Mayo, lui disait opérer de préférence les femmes et jeunes filles, car les hommes risquaient la stérilité après l'ablation du présacré ! !

De toutes façons, c'est une intervention difficile et grave, à mortalité élevée. Il semble que le magnifique résultat anatomique obtenu par R. Leriche (*Lyon Chirurgical*, 1935) soit un peu faussé, car la radio avant est un lavement qui distend et montre une énorme mégadolichocolie, et la radio après est probablement un transit par bouillie *per os* qui montre un intestin évidemment plus normal.

Nous n'avons aucune expérience de cette chirurgie du sympathique lombaire. Il serait intéressant de pouvoir opérer, de façons différentes, des cas analogues et de comparer les résultats obtenus à longue échéance.

Résultats obtenus

Quels sont les résultats thérapeutiques obtenus, dans les Dolichocôlons, par les *colectomies segmentaires ?* Bien supérieurs, évidemment, à ceux obtenus avec les autres interventions préconisées, en particulier l'hémicolectomie droite. Bien qu'éloignée des foyers douloureux, car c'est presque toujours à droite que le malade souffre quand le Dolichocôlon n'est plus toléré, cette chirurgie du côlon gauche a été préférée à la chirurgie droite par la plupart des chirurgiens. Elle leur a donné, dans les états de stase, des améliorations progressives nettement supérieures à celles obtenues par l'*hémicolectomie droite.*

Avant de mettre au point l'*hémicolectomie splénique*, M. Nard avait constaté qu'il obtenait, dans les constipations rebelles et stercorémies, avec les *sigmoïdectomies* de bien meilleurs résultats qu'avec l'*hémicolectomie droite.* Il eut l'occasion de soigner récemment, pour autre chose, une de ses premières sigmoïdectomies, datant de dix ans, et il constata que son intestin fonctionnait mieux, au lit, que ceux de la plupart de ses malades alités ; mais elle avait encore un cæcum flasque et sensible et des phénomènes de stase importante.

Malgré tout, les résultats éloignés des colectomies segmentaires, et en particulier des sigmoïdectomies, sont loin d'être parfaits. Étudions-les dans les deux séries d'observations publiées par M. Senèque (In *thèse* Milhiet) et par M. Bergeret (In *thèse* Limasset). Nous ne nous occuperons pas des suites opératoires dont certaines complications sont dues aux techniques de colectomies en un temps avec sutures immédiates. Nous n'envisagerons que les résultats à longue échéance et

l'effet de ces interventions sur les fonctions intestinales et les troubles accusés par les malades.

A) Dans la première série de quatre observations :

Les phénomènes toxiques et les douleurs ont disparu chez tous. Dans les deux premiers, que l'on admet bons, la constipation a seulement diminué. Aucune étude de transit post-opératoire n'a été faite. Les lavements ne montrent que la perméabilité de l'anastomose et on voit que le cadre colique est peu modifié. Il est vraisemblable que ces malades seront justiciables longtemps d'un traitement médical complémentaire et d'un régime.

B) Dans la deuxième série de 11 observations :

Les renseignements sont plus complets, nous trouvons :

5 bons résultats ;
3 passables ;
2 médiocres ;
1 mauvais.

Nous remarquons que, même dans les bons résultats, les malades doivent faire usage de laxatifs à intervalles plus ou moins réguliers. Parmi les autres, les crises douloureuses et l'aérocolie n'ont pas disparu et les troubles généraux, dus à la stase, demeurent.

A noter deux décès par complications post-opératoires. Ces malades n'avaient pas tous été opérés avec la même technique.

III. — CRITIQUE GÉNÉRALE

Cette faible proportion de bons résultats obtenus au prix d'une intervention qui n'est tout de même pas sans gravité, a limité considérablement les indications de la chirurgie dans le traitement du Dolichocôlon. Ce sont les insuccès à longue échéance qui n'encouragent pas les médecins autorisés à faire opérer leurs Dolichocôlons.

Chiray, constate, dans son livre, que l'intervention est

loin d'amener la guérison, aussi ne fait-il opérer qu'en cas de complications sérieuses. Et pourtant, combien de beaux résultats définitifs aurait-on pu obtenir, parmi la quantité de magnifiques observations qu'il publie.

Carnot, Loeper et Tauzin, Bensaude, sont du même avis. Notre éminent Doyen de la Faculté de Bordeaux, Mauriac, nous disait, il y a quelques années : « Je ne fais « plus opérer de Dolichocôlons, ces malades m'ennuient « autant après, qu'avant. »

Dans une lettre personnelle adressée à Nard par le professeur agrégé Brulé, médecin des hôpitaux de Paris, nous relevons la phrase suivante :

« Je vois naturellement beaucoup de Dolichocôlons (2 « à 3 nouveaux cas par semaine à ma consultation de Tenon) « et je n'en fais guère opérer, car je restais sous l'impression « d'une chirurgie donnant de mauvais résultats. J'ai la « main forcée pour les Dolichosigmoïdes avec mésentérite « rétractile qui font de la subocclusion et auxquelles je fais « faire des sigmoïdectomies. »

Quelles sont les raisons de ces insuccès ? Nous pensons que les causes d'échecs relèvent d'un seul fait : l'insuffisance de la colectomie segmentaire. Revenons à la pathogénie des Dolichocôlons. Un passage de la communication de M. Baumann à la *Société de Médecine* de Paris (février 1932) va éclairer singulièrement ce que nous voulons démontrer :

« Quelle que soit son origine, à moins qu'elle ne soit nette- « ment d'origine colitique, le Dolichocôlon n'est pas patho- « logique par lui-même. Comme la ptose, comme certaines « coudures, il peut exister sans causer aucun désastre du « transit et demeurer latent ou méconnu, laissant à l'intestin « une perméabilité suffisante au passage des gaz et des « matières. Mais, que survienne un épisode colitique, appen- « dicite chronique, colite segmentaire ou non, aussitôt il « prend une importance singulière par les complications

« qu'il entraîne, complications qui sont sous la dépendance « unique des réactions fonctionnelles, inflammatoires ou « mécaniques, dont l'angle gauche est le siège.

« La position haute de l'angle gauche, son mode d'attache « qui le fixe à la paroi, le relâchement des ligaments qui, « normalement, le maintiennent à la manière d'un baldaquin, « joints à la flaccidité et à l'atonie de la branche montante « du transverse et de l'anse descendante, favorisent déjà « cette angulation, peuvent, dans une certaine mesure, gêner « le transit et expliquent la constance de la constipation « chez ces sujets. »

L'excès d'angulation de l'angle splénique, la ptose du transverse, la dolichocolie descendante ou sigmoïdienne, sont les trois facteurs qui conditionnent la stase stercorale et tout son cortège de troubles fonctionnels et de complications ; que l'on en supprime un, c'est le cas des colectomies segmentaires, cela ne suffit pas car les deux autres entrent pour une part au moins égale dans la genèse de la stase. Le problème n'est pas résolu. Il faut supprimer ces trois facteurs, en un mot rendre, au cadre colique, sa forme normale et l'on sera en droit de penser que le transit du bol fécal pourra redevenir normal.

Un devoir s'imposera alors, de ne pas attendre les complications des Dolichocôlons installés depuis longtemps, qui pourraient rendre très difficile, si non impossible, du moins sans risques opératoires, le traitement chirurgical rationnel. De là aussi l'impérieuse nécessité de faire un diagnostic aussi précis que précoce, avec tous les moyens de clinique, radiographie, et laboratoire.

Nous allons voir, dans le chapitre suivant, quelle est l'intervention que nous proposons pour atteindre le but cité plus haut et, par des observations, les résultats qu'elle nous a donnés.

CHAPITRE III

L'HÉMICOLECTOMIE SPLÉNIQUE

Quelles que soient l'étiologie et la pathogénie du Dolichocôlon, quelles qu'en soient les manifestations pathologiques, il n'en reste pas moins une anomalie anatomique, un allongement d'un ou plusieurs segments du gros intestin, avec anses anormales, ptose plus ou moins accentuée entre les points normaux de fixation. Or la totalité du gros intestin, de l'iléon à l'anus, devrait avoir, dans l'abdomen, une situation topographique normale, qui serait celle du cadre colique idéal signalé par A. Lane (in *thèse* Sorrel) (voir fig. 1) — et rarement réalisé —. N'est-il pas logique de penser que si, par une intervention appropriée, on pouvait rendre à ce gros intestin trop long, en même temps que sa longueur normale, sa direction, sa place dans l'abdomen, en un mot le faire rentrer dans son cadre normal les troubles dolichocoliques pourraient diminuer rapidement et même disparaître complètement ?

Ni les suspensions ou raphies, ni les dérivations compliquées, ni même les colectomies segmentaires (ne parlons pas de la colectomie totale) ne peuvent donner les côlons anatomiquement normaux, ni même se rapprochant du cadre colique idéal.

Il est pourtant possible de « refaire l'anatomie » du gros intestin, et ce sera le but de notre travail de montrer par quel procédé opératoire on peut, en quelque sorte, modeler un cadre colique, arrondir un angle hépatique,

rendre un transverse horizontal, supprimer la flèche splénique, tendre en ligne droite le descendant et le sigmoïde, de l'angle gauche à l'anus. Tout cela au moyen d'une intervention simple, bénigne, bénignité indispensable pour qu'elle puisse être généralisée et que nous mettons en parallèle avec la gravité des autres colectomies.

Nous tâcherons de montrer, par nos observations, que le gros intestin récupère sa physiologie normale après avoir retrouvé son anatomie. La persistance, longtemps après l'opération, des résultats fonctionnels obtenus, sera la garantie du bien fondé de l'opération. Nos radiographies « avant » et « après » par transit et lavement baryté, montreront à la fois les résultats anatomiques et le retour à la normale de la traversée intestinale.

Quel est le principe de l'intervention que nous proposons ? Que l'on veuille bien nous excuser de tenter une définition trop schématique en même temps que géométrique, à l'aide d'un petit dessin ((voir fig. 1) et de termes simplistes. *L'hémicolectomie splénique* est une opération qui consiste :

« A ouvrir à gauche, vers la 12e côte, décrocher l'angle « splénique, tirer sur le transverse jusqu'à l'horizontale, « tirer ensuite sur le descendant et le sigmoïde jusqu'à « obtenir une ligne droite de l'angle gauche au rectum, « couper tout ce qui dépasse. »

Le dessin montre bien que l'on supprime, d'un seul coup, les angulations exagérées des angles droit et gauche, la ptose et l'allongement du transverse et la dolichocolie du descendant et du sigmoïde.

Il montre aussi quelle a été la pensée de M. Nard lorsqu'il l'a baptisée *hémicolectomie splénique*, ceci pour la différencier de la colectomie splénique, qui est une opération segmentaire du gros intestin portant seulement

sur les lésions de l'angle splénique, tandis que l'*hémicolectomie splénique* est une opération dont l'action est généralisée sur tout le cadre colique.

Aussi simple que puisse paraître le principe, il est évident que la mise au point de la technique a demandé

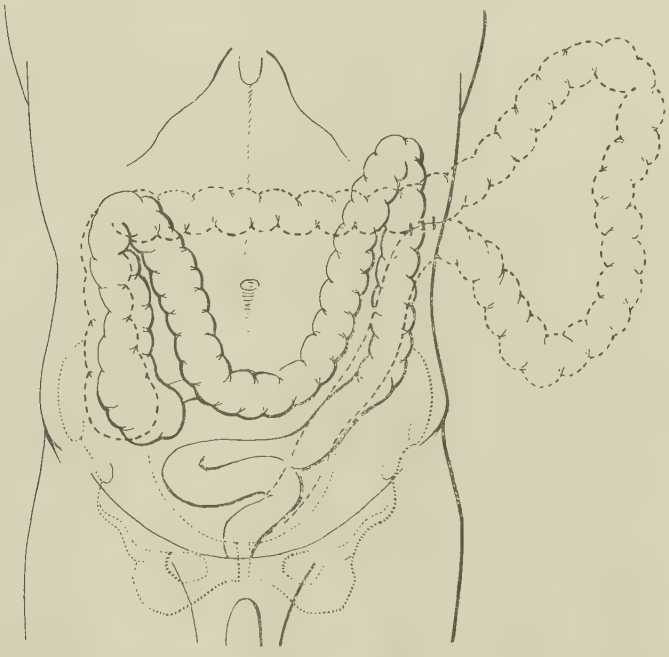


Fig. 1. — Schéma montrant, en traits pleins, un intestin pathologique et, en traits pointillés, comment *l'Hémicolectomie Splénique*, peut réaliser un cadre colique idéal.
Ce schéma montre aussi que l'opération n'est pas une colectomie splénique, mais un véritable *Hémicolectomie*.

des tâtonnements pour la rendre simple. Nous allons voir comment M. Nard eut l'idée de faire cette colectomie et par quels petits détails de technique et surtout de position du malade, il est arrivé à une opération simple. bénigne et peu choquante, pour le traitement chirurgical d'une affection qui tue très rarement et pour laquelle

il serait anormal de tenter une intervention grave.

Dans nos conclusions, c'est surtout sur la qualité des résultats fonctionnels obtenus que nous insisterons, en les comparant aux résultats obtenus par les traitements chirurgicaux actuels du Dolichocôlon.

Historique de l'hémicolectomie splénique

Voici comment M. Nard a été amené à concevoir l'*hémicolectomie splénique*. Reproduisons les termes mêmes de sa narration dans le *Bordeaux Chirurgical* d'octobre 1935 :

« Un jour, devant un ventre ouvert par laparotomie « médiane et où le diagnostic de cancer du côlon descendant « avec subocclusion avait été porté, j'explorai le gros intestin « et ne trouvai, nulle part, trace de cancer ; mais quel Doli- « chocôlon !... Je n'en finissais pas d'extérioriser, de la cavité « pelvienne, un immense transverse et j'avais au-dessous « un dolichosigmoïde énorme, qui remplissait, de ses sinuo- « sités, tout l'abdomen. Le sujet opéré — une femme très « maigre — se prêtait merveilleusement à l'exploration chi- « rurgicale. Ma première pensée fut de suivre ma technique « habituelle et de faire une sigmoïdectomie..., mais ce trans- « verse ptosé me donnait des remords, et aussi cet angle « splénique, avec ses deux branches accolées que ma main « suivait jusqu'au diaphragme. Je pris alors la résolution de « supprimer l'angle splénique. Je fis un décollement du côlon « descendant, un décollement colo-épiploïque, et je fus très « surpris de réséquer, en partant de cet angle splénique, « 1 m. 20 de gros intestin. Cette opération ne fut pas très « élégante par défaut de précision dans la technique ; mais « les résultats furent bons, bien meilleurs que je ne l'espérais.»

1 m. 20 de gros intestin comprenant du transverse, l'angle splénique, le descendant et une grande partie du sigmoïde. Qu'est-ce qu'il restait à cette malade ? Tout simplement un gros intestin dont les segments

retrouvaient une longueur et une direction normales, rectiligne, sans ptose, sans coudure. Voilà pour l'anatomie.

Son anus gauche fermé, cette malade partit au loin, vers le Plateau Central, avec un état général parfait, des selles quotidiennes et plus aucun trouble occlusif... et il y a sept ans de cela !... Il en eut des nouvelles dernièrement : elle va très bien. Ainsi l'amélioration des troubles fonctionnels, on peut même dire la guérison, suivit de près la reconstitution anatomique du cadre colique.

M. Nard, depuis cette intervention, enthousiasmé de son résultat, dépista, dans sa clientèle, les Dolichocôlons incurables médicalement ou menaçants de complications, et mit au point, après quelques tâtonnements, la technique suivante :

Technique de l'émicolectomie splénique

Avant d'aborder, dans ses détails, la technique de l'*hémicolectomie splénique*, nous exposerons le traitement pré-opératoire du malade, le choix de l'anesthésie et surtout nous insisterons sur la position spéciale préconisée, et appelée, par Nard, « Trendelenbourg latéral » (*Société de Chirurgie de Bordeaux*, 12 janvier 1933).

Traitement pré-opératoire. — Une seule fois Nard eut recours à une colostomie de dérivation : devant l'atteinte de l'état général du malade et les phénomènes infectieux, il fit un anus cœcal (le malade était déjà appendicectomisé). Cette dérivation mit l'intestin au repos, fit diminuer les altérations de la muqueuse (décelées par rectoscopie) et permit de grands lavages intestinaux.

L'anus cæcal de dérivation est formellement indiqué comme traitement pré-opératoire, chaque fois qu'il y a colite infectieuse surajoutée au Dolichocôlon, avec atteinte de l'état général et stercorémie.

Dans une communication récente à la *Société de Chi-*

rurgie de Bordeaux, Magendie fait remarquer, avec juste raison, que chez les malades ayant besoin d'un anus cæcal et n'étant pas déjà appendicectomisés, il est préférable de faire une appendicostomie qu'un anus cæcal, l'appendicostomie ayant deux avantages :

1° Celui de se fermer seule ;

2° Celui de supprimer un appendice qui, souvent, dans le Dolichocôlon, est malade.

Mais, bien souvent, le malade vient consulter avant ce stade et le traitement pré-opératoire est celui, classique, de toutes les colectomies : on essaie d'obtenir la vacuité la plus complète possible du côlon et d'antiseptiser la muqueuse intestinale : laxatifs huileux, purgatifs à l'huile de ricin, désinfectants par voie buccale ; ferments lactiques, charbon, naphtol B, vaccins. On hydratera le malade suffisamment, en le faisant boire copieusement la nuit qui précède l'intervention et, la veille, on lui donnera un grand lavement.

Les examens de laboratoire (urée sanguine, temps de saignement et de coagulation), l'étude de la tension artérielle, la désinfection préventive du nez et de la bouche, sont de règle.

Choix de l'anesthésie. — Parmi les anesthésiques par inhalation, nous employons l'éther ou le gométher ; les doses données seront très faibles si on a soin de se servir de l'Evipan Sodique comme anesthésique d'introduction chez les malades fatigués.

L'anesthésie rachidienne est très indiquée également (sauf chez les hypotendus). Nous utilisons la percaïne à 5 % (Quarella) avec sedol, une heure avant opération et deux ampoules d'éphédraféine, un quart d'heure avant. Le silence abdominal est parfait.

Position du malade. — Nous combinons le Trendelenbourg latéral (position décrite dans la communication faite à la *Société de Chirurgie* de Bordeaux le 12 jan-

vier 1933 : « De la meilleure position, pour le chirurgien « et l'opéré, dans les opérations d'appendicite, sur le « côlon droit et gauche) avec une coudure de la table « pour creuser les reins, analogue à celle que l'on prend

Fig. 2. — Position de Trendelenbourg latéral, avec coudure donnée à la table pour l'opération de l'hémicolectomie splénique.

« pour les opérations sur les reins ou sur la vésicule [voir photographie (fig. 2) et dessin (fig. 3)].

On voit les avantages de cette position : Champ opératoire exempt d'anses grêles, angle splénique devenu superficiel et très abordable, décollement colo-pariétal facile ; le chirurgien, assis à cheval sur le tabouret de Pauchet, est face au champ opératoire.

Technique. — L'opérateur se place donc à droite, assis en face de l'abdomen du malade :

1° *Incision.* — Il pratique une incision transversale,

qui part de l'extrémité libre de la 12e côte et s'arrête avant le grand droit. Elle a, environ, 10 centimètres.

Les laparotomies transversales, défendues par Desmarests, donnent beaucoup de jour et laissent une bonne

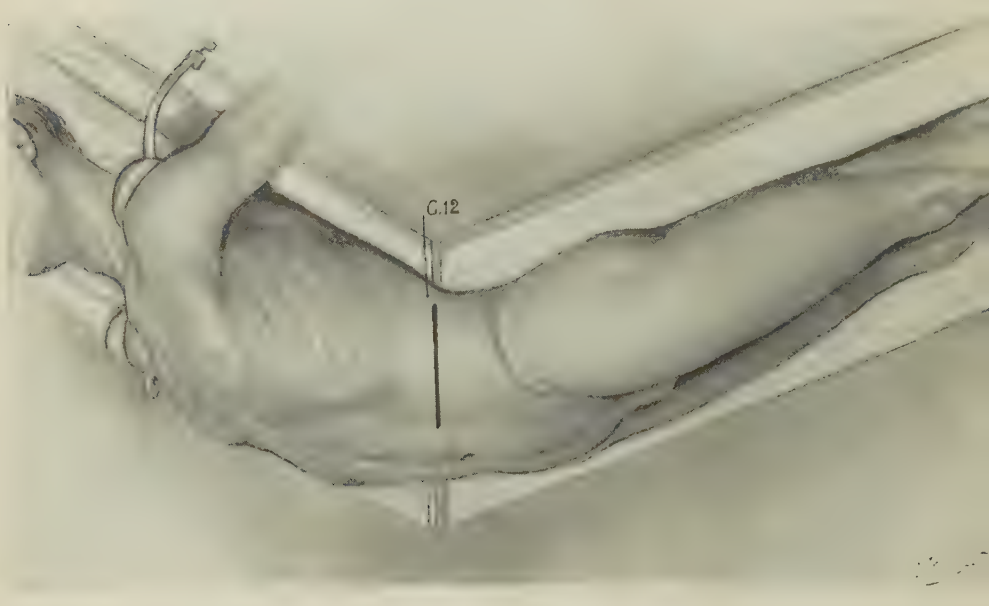


Fig. 3. — Le chirurgien est assis en face du malade.
Nous insistons sur cette position, qui est une condition indispensable pour que l'hémicolectomie soit une opération simple.

paroi. Mais, contrairement à celle de Desmarets dans la chirurgie du cancer de l'angle colique gauche, la nôtre ne touche pas le grand droit et cela grâce au Trendelenbourg latéral.

Incision des muscles (grand oblique, petit oblique et transverse).

Hémostase soignée en ayant, en même temps, soin de

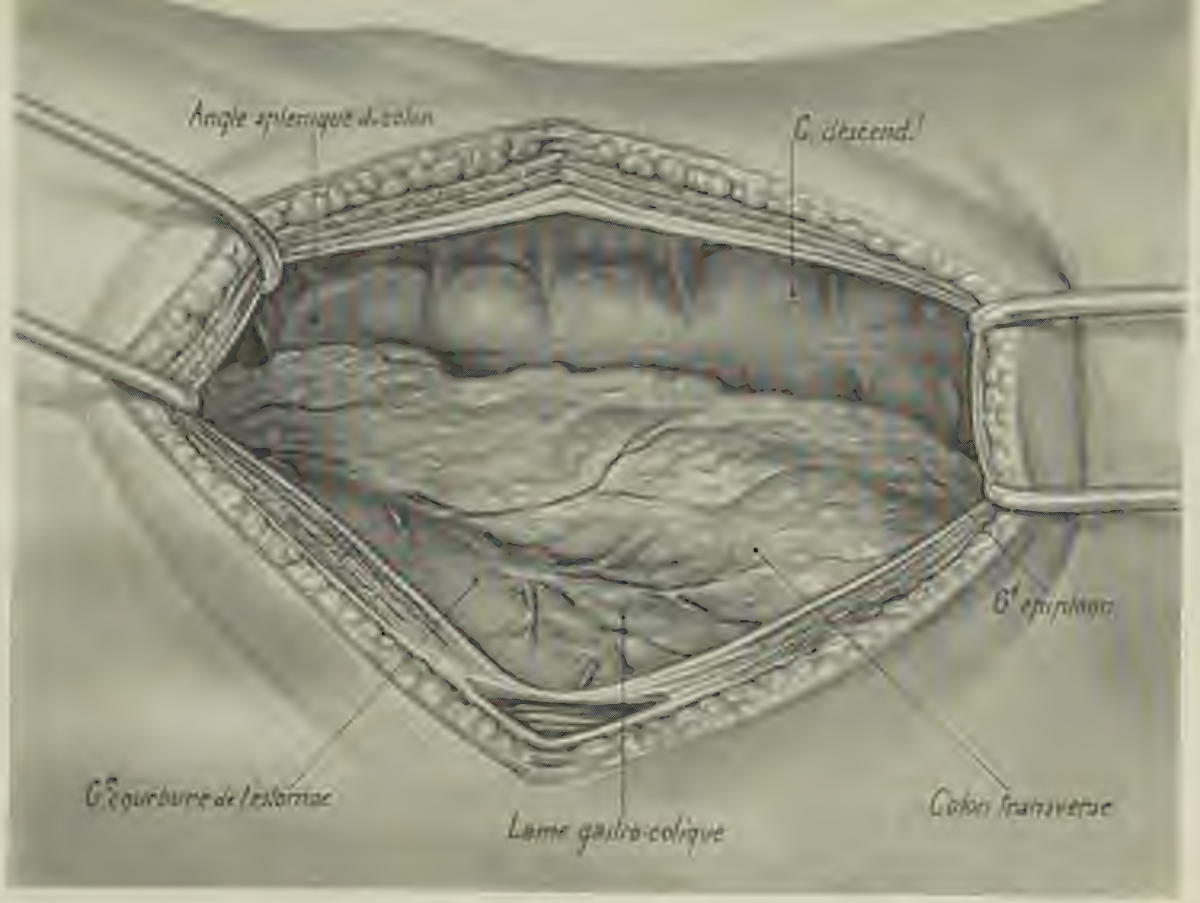


Fig. 4. — La paroi est ouverte. L'opérateur voit l'angle splénique, le côlon descendant et l'épiploon qui recouvre le transverse, le pôle inférieur de l'estomac. Grâce au Trendelenbourg latéral, on ne voit pas d'anse grêle.

fixer la tranche musculaire à l'aponévrose pour éviter la rétraction.

Ouverture du péritoine.

Mise en place, par deux aides, de deux écarteurs de Hartmann. (Voir, fig. 4, comment se présente, à ce moment là, le champ opératoire.)

2° *Exploration.* — L'exploration du champ opératoire ne montrant rien d'anormal, on passe au troisième temps :

3° *Décollement colo-épiploïque*, que l'on pratique selon la technique habituelle ; mais on le fait très étendu.

4° *Décollement colo-pariétal et libération de l'angle splénique.* — On peut, suivant les cas, commencer, soit par la libération de l'angle splénique, soit par le décollement colo-pariétal du côlon descendant. Il est classique de commencer par ce dernier pour rendre l'angle splénique plus net, mais, grâce à la position de Trendelenbourg latéral, il est facile à libérer et on peut aussi bien commencer par lui (voir fig. 5).

5° *Libération de l'anse sigmoïde.* — Cette libération, une fois le décollement du côlon descendant fait, dépend de la libération d'un dernier ligament, que montre bien la figure 6, au moment où les ciseaux vont le couper. Une fois qu'il est sectionné, on est étonné de pouvoir brusquement extérioriser toute l'anse sigmoïde, que l'on voit estompée sur la figure 6. Ce n'est que dans certains cas de mésentérite rétractile que la libération de l'anse sigmoïde peut être un peu plus longue.

Détermination des limites de la résection. — Les limites de la résection ne sont jamais fixes. Une fois la libération faite, c'est la quantité d'intestin en trop que l'on résèque. On tire sur le transverse jusqu'à ce qu'il devienne pratiquement horizontal, de l'angle hépatique au foyer opératoire. On fait une traction sur le côlon

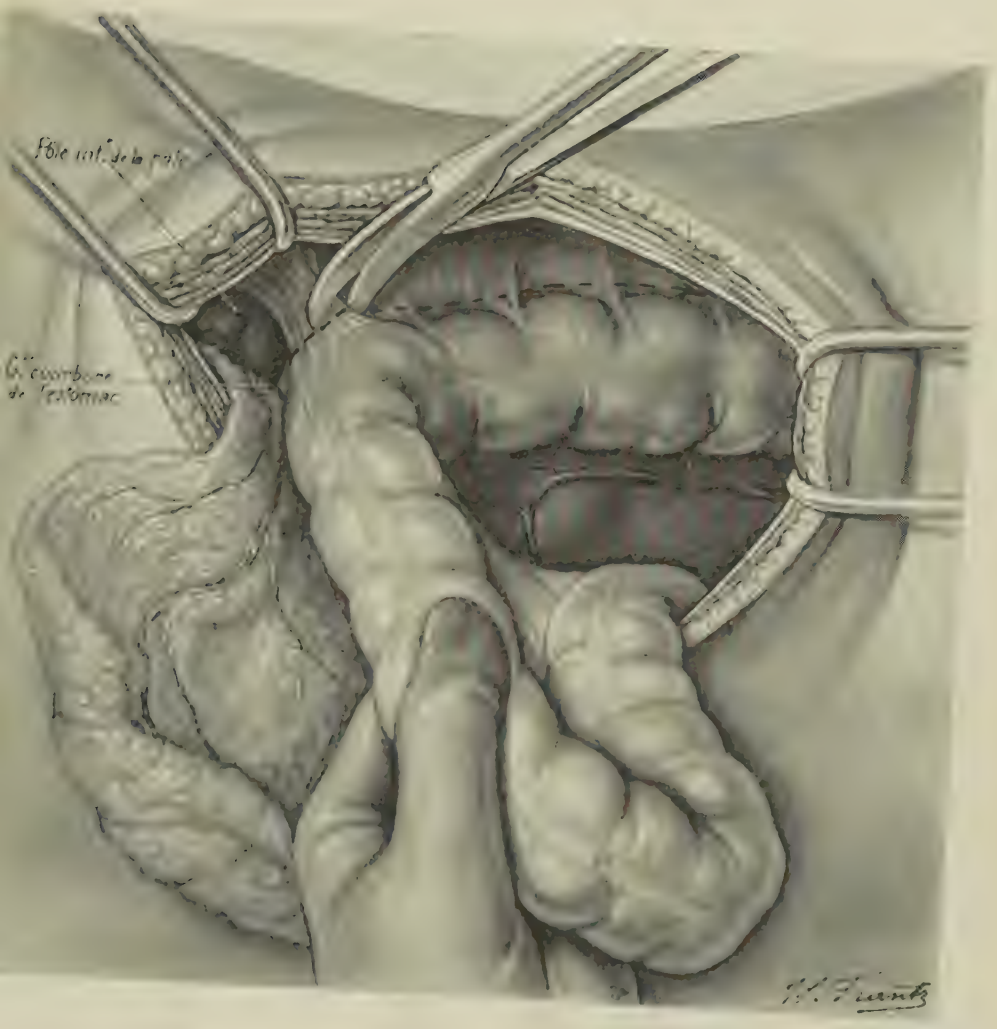


Fig. 5 — Le décollement colo-épiploïque est fait. On va décoller l'angle splénique, sans aucune difficulté, et continuer par le décollement colo-pariétal Il est inutile, grâce à la position, de commencer par ce décollement colo-pariétal pour rendre l'angle splénique plus facile à libérer.

Fig. 6. — Les décollements colo-épiploïque et colo-pariétal sont faits. On voit un ligament terminal, dont la section va permettre la libération de toute l'anse sigmoïde, que l'on voit, en estompé, au bas et à droite de cette figure.

descendant et, par son intermédiaire, sur l'anse sigmoïde, jusqu'à ce que l'intestin fasse à peu près une ligne droite du rectum au foyer opératoire. Il est à remarquer que, presque toujours, tout le côlon descendant est supprimé et que c'est une portion de l'anse sigmoïde qui va le remplacer.

Il faut prendre garde à ne pas trop tendre le transverse, car il peut arriver l'incident curieux de notre observation III : la malade, à la suite de l'intervention, eut quelques difficultés à rendre ses gaz par l'anus en canon de fusil. Dans la suite, elle eut de violentes coliques pour évacuer ses matières et donnait, par moment, l'impression de friser l'occlusion. M. Nard fit une rectoscopie par le bout supérieur du canon de fusil et il fut très surpris de sentir le rectoscope buter, vers 6 ou 7 centimètres, sur un corps dur. Il ne put le franchir qu'avec de fortes insufflations et en dirigeant le rectoscope vers le haut. C'étaient les corps vertébraux !... Le transverse était tendu sur la colonne vertébrale, comme une corde de violon sur son chevalet. Poussant plus loin son investigation, il put franchir l'angle hépatique (ce qui prouve qu'on peut l'arrondir considérablement) et put apercevoir, en déplissant la muqueuse du côlon ascendant, le fond cœcal, la valvule de Bauttin et l'orifice appendiculaire. On conçoit qu'il soit assez rare de voir, par un anus gauche, une valvule iléo-cœcale et un orifice d'appendice. Cette curieuse complication nous imposa, contrairement à notre technique habituelle une fermeture intra-péritonéale du canon de fusil qui, si elle supprimait le moyen de fixation, libérait heureusement le transverse de son aplatissement sur les corps vertébraux. Les suites lointaines furent excellentes.

Résection. Hémostase et section du méso. — Il ne reste plus qu'à réséquer toute la boucle qui dépasse l'angle supérieur de la plaie. On place, à ce niveau, un premier

écraseur intestinal de De Martel, on sectionne l'intestin ; on continue en sectionnant le méso et, arrivé sur l'autre branche intestinale, il ne reste plus qu'à placer le deuxième écraseur de De Martel pour pouvoir libérer la pièce opératoire (voir fig. 7).

Terminaison de l'intervention. — Pour terminer l'intervention nous avons adopté l'accolement en canon de fusil des deux bouts coliques, comme le montre le schéma de la figure 7. Ici, nous comprenons que tout chirurgien peut apporter, à cette intervention, ses préférences habituelles ; mais nous voulons insister sur un fait : il est utile de ne pas faire une suture termino-terminale complète bien que, souvent, la facilité de cette opération — pouvant être réalisée, avec un peu d'habitude, en moins d'une demi-heure — y engage. Nous pensons que, de laisser quelque temps un anus artificiel avec l'éperon du canon de fusil, est une bonne chose pour le Dolichocôlon. C'est un véritable drainage intestinal. C'est surtout, pour ce qui reste du descendant et pour le mégarectum, qui est souvent fréquent, la possibilité de rétrocéder. C'est la possibilité de faire des lavages copieux du bout inférieur lorsque celui-ci est enflammé, et par conséquent avoir des chances d'assurer de meilleures suites lointaines. Dans la majorité des cas, nous plaçons l'entérotome le huitième jour, après avoir eu bien soin de préparer sa place par la suture du canon de fusil, le méso étant suturé du côté abdominal et l'intestin côté pariétal, ce qui met à l'abri du pincement, par l'entérotome, d'une anse grêle.

Drainage. — Quelquefois, dans les cas d'inflammation, nous avons été amenés à drainer. Le drainage est infiniment facilité par la position. Il ne passera pas par la plaie opératoire. Il sera complètement postérieur grâce au Trendelenbourg latéral : il suffira de pousser devant soi une pince sur laquelle on incisera la paroi abdomi-

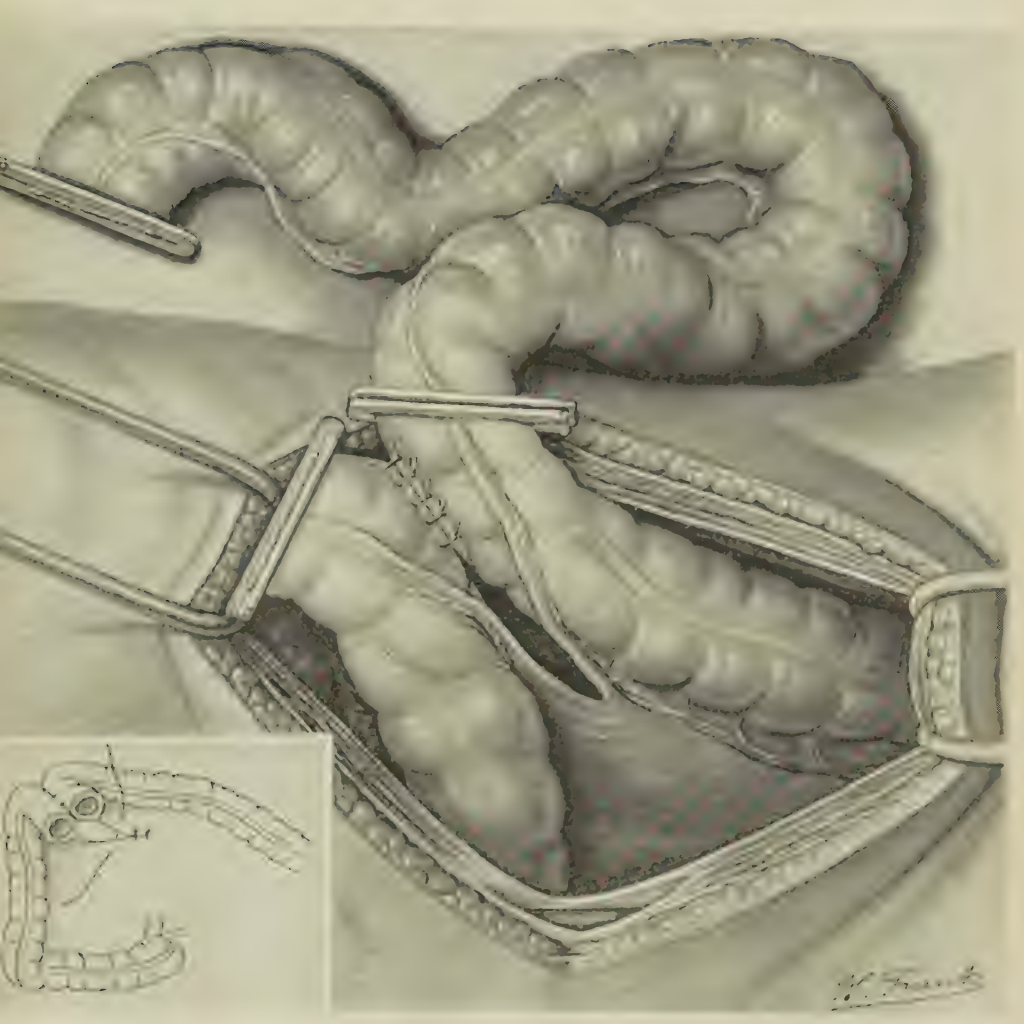


Fig. 7. — L'opération est presque terminée. L'excès de gros intestin est enlevé ; il ne reste plus qu'à sectionner au niveau du deuxième écraseur de De Martel.

A noter que, sur cette figure, la quantité de gros intestin enlevé est inférieure à ce qu'elle est en réalité dans la moyenne des cas.

Schéma du coin : On se rend compte de l'accolement en canon de fusil et de la fermeture de la branche mésocolique.

nale postérieure, entre la crête iliaque et la 12e côte, en arrière du bord postérieur du grand oblique. Avec cette pince, on saisit la mèche double iodoformée et le drain que l'on veut placer. Ce drainage extra-péritonéal s'adresse à la cellulite rétro-péritonéale, possible dans ces grands décollements. Il est, en quelque sorte, la contre ouverture lombaire de Lecène ou le drainage postérieur de Desmarets.

Fermeture de la paroi. — Les deux bouts intestinaux, maintenus au-dessus de la peau par leurs petits écraseurs, sont placés à la partie extérieure de l'incision, dépassant de 2 ou 3 centimètres le plan de la paroi abdominale, et maintenus par l'aide en bonne position. L'opérateur ferme la paroi en trois plans : surjet péritonéal au catgut, crins doubles prenant en masse peau et aponévroses, surjet aponévrotique, suture de la peau aux crins.

Puis, pansement occlusif, pommade au collagol pour protéger la peau autour des orifices intestinaux.

Soins post-opératoires. — Les soins post-opératoires des premiers jours ne présentent rien de particulier.

Aux première coliques intestinales, vingt-quatre ou trente-six heures après l'opération, on peut enlever l'écraseur du bout supérieur ou, mieux, se contenter de pratiquer, avec la pointe du thermocautère, un petit orifice sur le bout supérieur, juste au-dessous de l'écraseur ; ainsi le malade n'est plus gêné par les gaz et on remettra à trois ou quatre jours plus tard l'ablation des écraseurs.

Le lever précoce, pour ceux qui en sont partisans, peut être pratiqué sans inconvénient.

Pose de l'entérotome. — Autrefois, Nard ne craignait pas de poser l'entérotome le deuxième jour, ce qui lui avait permis de faire une résection d'anse sigmoïde sans qu'il y ait émission d'une seule selle par l'anus artificiel ; seulement il a remarqué que c'était une cause de suppu-

ration locale. Depuis, il a abandonné cette pose précoce et, actuellement, il le pose entre le septième et le dixième jour. Comme sa pose a été préparée lors de l'opération, il n'y a aucun danger de pincement du grêle ou même du méso (néanmoins nous avons remarqué une fois des troubles urinaires réflexes, son extrémité devait n'être pas loin de l'uretère gauche). Il va progressivement sectionner l'éperon qui sépare les deux tubes intestinaux. On le laisse tomber tout seul.

Si, à ce moment là, l'intestin dépasse un peu trop la peau et se montre en chou-fleur disgracieux, on le sectionne au ras de la peau au bistouri électrique. Puis on permet au malade de partir chez lui.

La reprise de la vie normale, de l'activité journalière, permet souvent au malade de retrouver l'usage de l'anus naturel, si l'éperon a été convenablement sectionné. On lui recommande de s'aider par de petits lavements huileux à heures fixes. L'anus gauche n'est plus une gêne : témoin la malade de notre observation VII, jeune fille de seize ans, qui est allée au bal avant la fermeture de son anus, sans aucun inconvénient — heureusement — ni pour elle, ni pour son entourage !...

Rétablissement de la continuité. — Un mois après la pose de l'entérotome, quelquefois plus suivant l'état pré-opératoire de l'intestin, les malades reviennent pour la fermeture de leur anus gauche. Fera-t-on une fermeture intra-péritonéale ou extra-péritonéale ? Actuellement, on établit une division trop rigoureuse entre les fermetures. En réalité, le début de la technique peut être identique pour les deux modes et, suivant les cas, on terminera par une intra ou extra-péritonéale, au choix, sans idée préconçue.

Sauf dans deux cas particuliers : Point d'éventration au niveau de la cicatrice qui nécessite une réfection de la paroi, ou bien quand la tension sur le trans-

verse a été trop forte et provoque la complication de notre observation III, M. Nard fait une extra-péritonéale. C'est une excellente opération, si elle est faite avec une préalable dissection plans par plans, et si on voit bien les surfaces intestinales. Elle a, théoriquement, dans l'hémicolectomie splénique, l'avantage de constituer un moyen de fixation du nouvel angle splénique. En réalité, nous devons avouer que, dans les deux cas où nous avons fait une fermeture intra-péritonéale, le résultat a été absolument identique.

Technique de la fermeture de l'anus. — Nous avons abandonné l'anesthésie locale, qui ne permet pas de reconstituer assez solidement la paroi. Nous avons recours, le plus souvent à l'anesthésie générale avec anesthésie d'introduction à l'Evipan.

Pour éviter les rétrécissements tardifs, il est utile :

1° D'avoir détruit copieusement l'éperon ;

2° Avant l'intervention, faire un toucher par cet anus artificiel afin de se rendre compte de ce qui peut rester de l'éperon, et de faire la première suture intestinale parallèle à ce reste de l'éperon, ce qui augmente le calibre intestinal au lieu de le diminuer.

Premier temps. — Section de la peau, en laissant une collerette cutanée autour de l'anus. On se sert de cette collerette pour faire une suture soignée, hermétique, au fil de lin ou à la soie.

Deuxième temps. — On agrandit l'incision cutanée aux deux extrémités, puis, tirant sur les fils de la suture intestinale, on dissèque facilement, surtout si on ne ferme pas l'anus droit, l'intestin jusqu'au péritoine. Cette dissection peut être un peu difficile aux angles cicatriciels et au niveau du méso. Arrivé au péritoine, on s'arrête mais, si on l'ouvre, cela n'a aucune importance. Puis on fait l'enfouissement de la première suture par un surjet en bourse, comme pour la fermeture du

duodénum dans les gastrectomies, telle qu'elle a été décrite par De Martel. Nous n'avons jamais eu, ainsi, aucune complication de fistule stercorale ou même de suppuration.

Troisième temps. — Fermeture de la paroi, que l'on fait avec des points totaux, aux crins doubles. Des points en U sur les muscles de l'aponévrose et suture de la peau. On place un petit drainage de sécurité.

Suites opératoires. — Tout ce que nous avons vu, jusqu'à présent, nous donne l'impression que cette opération est bénigne, dans ses suites immédiates et dans ses suites lointaines.

Dans les observations que nous publions, notons seulement une éventration : l'observation II, consécutive à un état de grossesse survenu deux à trois mois après la fermeture de l'anus ; et, dans l'observation V, une suppuration abondante, ayant entraîné une éventration dont on fit la cure radicale en même temps qu'on ferma l'anus.

Résultats thérapeutiques de l'hémicolectomie splénique

Nous nous basons sur 7 observations complètes de malades opérés par cette technique. Nous n'avons pu joindre certains autres malades, mais nous savons leur état satisfaisant.

Nous ne publions pas les résultats des opérations récentes, bien qu'ils s'annoncent favorables. Nous connaissons aussi les résultats heureux de trois malades, opérés par cette technique à Bordeaux, par les professeurs Loubat et Rocher, et par Magendie, chirurgien des Hôpitaux.

Dans nos observations, nous avons étudié l'effet de

l'*hémicolectomie splénique* à deux points de vue : au point de vue clinique et au point de vue radiologique.

1° *Au point de vue clinique.* — D'une façon générale les douleurs et l'aérocolie ont disparu immédiatement après l'intervention. L'aérocolie a persisté un an environ, avec des fermentations, dans notre observation I ; mais il est vrai que ce cas était très avancé, avec des lésions colitiques constatées sur la pièce opératoire et par rectoscopie. Une saison à Plombières a tout remis dans l'ordre. Malgré la vie sédentaire du malade, l'état général est parfait.

L'influence sur la défécation est parfaite dans 6 cas sur 7. Ces malades ont, depuis l'intervention, au moins une selle par jour, quelquefois deux, sans usage de laxatifs ou de lavements. Dans notre observation IV, la malade va tous les jours à la selle, mais elle présente un peu de paresse de l'ampoule rectale, qu'elle est obligée d'exciter avec un suppositoire.

L'influence de l'hémicolectomie splénique sur les phénomènes toxiques et les syndromes associés a été des plus heureuses ; les malades ont repris une vie normale, l'euphorie s'est substituée à l'asthénie et nous citerons cette réflexion d'une jeune fille de quinze ans (obs. VII) : « Avant, Monsieur, j'étais toujours triste, maintenant je suis toujours gaie. »

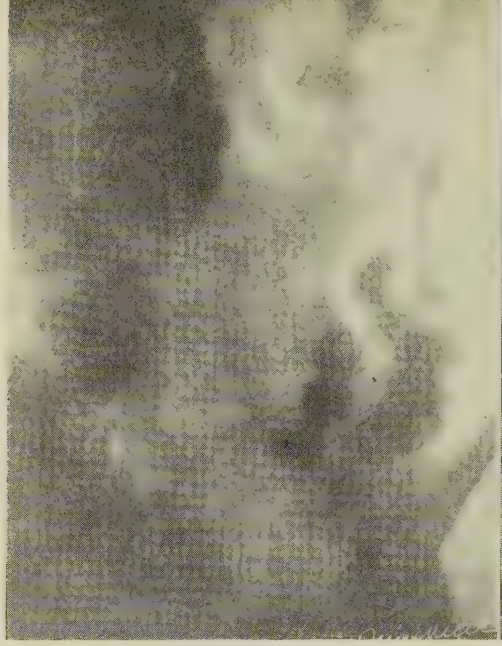
L'appétit est revenu et quant aux syndromes associés. Ex. : troubles endocriniens, nous signalons l'observation III où la malade, avant l'intervention, avait subi avec échec un traitement endocrinien et où, après l'intervention, elle vit son équilibre endocrinien se rétablir : retour des règles, développement mammaire, activité, etc...

Dans les observations II, IV, V et VI, les troubles urinaires et la pyélonéphrite n'ont pas reparu.

2° *Au point de vue radiologique.* — L'*hémicolectomie splénique* donne satisfaction aux cliniciens. Elle peut

donner aussi satisfaction à l'anatomiste et au physiologiste. Dans toutes nos observations, il n'existe plus aucune stase colique, ni droite, ni gauche. La bouillie opaque est évacuée en moins de quarante-huit heures après l'ingestion. Il suffit de comparer, pour la première observation, la radio n° 1 — qui montre la stase six jours après le repas baryté — et la radio n° 2, deux ans après l'opération, faite huit heures après le repas. Voici une physiologie d'intestin qui donne la plus complète satisfaction.

L'anatomie du cadre colique trouve aussi son compte si on compare les radios prises par lavement baryté, avant l'intervention et après.

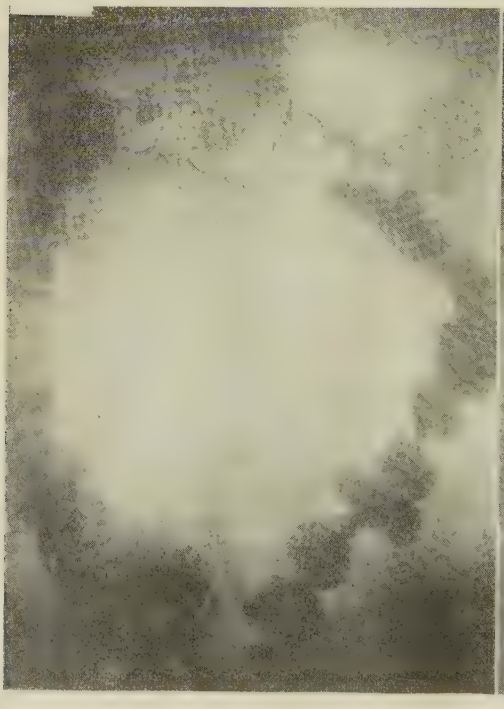


Observation I. — **Radio 1**.

Six jours après ingestion de bouillie barytée. Cœcum et côlon ascendant toujours pleins. Rien n'est encore arrivé à l'ampoule rectale. Il n'y a pas eu de selle.

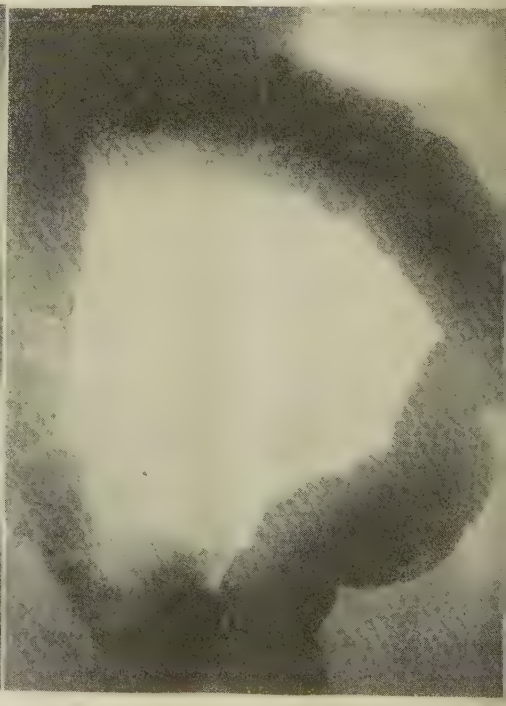
Observation II. — **Radio 2**.

Lavement opaque. Dolichosigmoïde qui traverse le ventre jusqu'à l'angle hépatique.



Observation I. — **Radio 3**. (Radio deux ans après l'hémicolectomie splénique).

Huit heures après repas opaque. Tout le côlon descendant jusqu'à l'ampoule rectale est rempli de baryte. Le cœcum et le côl. ascendant seront complètement vides vingt-quatre heures après. Le transit est devenu rapide.



Observation I. — **Radio 4** (deux ans après l'hémicolectomie splénique).

Radiographie faite après lavement baryté. Elle montre un cadre colique idéal.

OBSERVATION I

M. G... Jean-Louis, 37 ans. Vu pour la première fois en novembre 1932 pour constipation opiniâtre, avec fièvre qui oscillait tous les soirs aux environs de 38°. Hospitalisé pour mise en observation.

A signaler dans les antécédents : grands-parents maternels morts de tuberculose et alcoolisme, mère bacillaire décédée d'un néo-utérin. Dans son enfance, entérite à 6 mois, très mauvaise hygiène alimentaire, plusieurs nourrices, rougeole à 10 ans, à ce moment souffre souvent de coliques et début de la constipation. En 1922, crise aiguë appendiculaire, opéré d'appendicectomie par le professeur Guyot. La constipation n'est pas améliorée. En 1929 et 1930 infection intestinale grave avec fièvre et diarrhées, en 1931, paratyphoïde, après la guérison et malgré la reprise de la vie active, la constipation augmente.

Le début des accidents qui l'on amené à nous consulter remonte à octobre 1932. Il fait brusquement une crise de subocclusion, seuls les gaz passent ; il reste 20 jours sans aller à la selle malgré des purgations énergiques, lavements, entéroclyses, Murphy hypersalé, etc. Son état s'aggrave, il perd l'appétit, maigrit, son teint devient subictérique, la fièvre s'installe et c'est en pleine stercorémie qu'il entre à la clinique.

A l'examen. État général profondément touché, teint subictérique, fièvre à 38°, langue saburrale, ventre douloureux légèrement ballonné ; toucher rectal négatif.

Examen radiologique. L'épreuve du transit montre une évacuation excessivement retardée ; au bout de 4 jours, énormes cæcum et ascendant rempli de baryte, transverse distendu par les gaz, il y a très peu de bouillie dans le sigmoïde. Au bout de 6 jours, cæcum et ascendant sont toujours pleins, rien à l'ampoule rectale (Radio I). Pas de selle.

Le lavement baryté montre un dolichosigmoïde, qui traverse tout l'abdomen jusqu'à l'angle hépatique (Radio II).

L'histoire de la maladie est en faveur d'une colite infectieuse chez un porteur de dolichocôlon sigmoïdien.

1re *Intervention.* — Devant l'atteinte de l'état général et les phénomènes infectieux, on fait comme 1er temps, le 16 novembre 1932, un anus cæcal. Il permit un bon traitement médical par grands lavages intestinaux, il fallut une énorme pression et plusieurs litres d'eau bouillie pour passer de l'anus droit à l'anus naturel. Son état s'améliora rapidement et la température devint peu à peu normale. Le Dr Dubourg, spécialiste du tube digestif, appelé en consultation, conclut lui aussi à une colite infectieuse. Une rectoscopie faite sur 30 centimètres montra de petites ulcérations de la muqueuse intestinale.

2e *Intervention.* — Le 9 janvier 1933, on se décide à faire une hémicolectomie splénique, mais la technique n'étant pas au point, on fit une laparotomie médiane exploratrice. Anesth. éther : hémicolectomie, en partant de l'angle splénique, de 1 m. 20 de gros intestin ; abouchement en canon de fusil, à gauche par une petite boutonnière splénique.

La péricolite rendait les décollements difficiles et saignant beaucoup, on fit un drainage postérieur. La durée de l'intervention fut de 1 h. 15. Elle aurait été facilitée, si fermant la laparotomie médiane, on avait pris la voie décrite actuellement, gagnant ainsi beaucoup de temps. La pièce opératoire mesurait 1 m. 20, sur toute sa longueur la muqueuse présentait le piqueté hémorragique des lésions de colite.

Les suites opératoires furent bonnes, le malade fit un peu de fièvre qui disparut après des lavages du bout inférieur. Deux mois après on ferma successivement les anus droit et gauche. Après cette dernière intervention, trois semaines environ, le malade fit une pleurésie qui retarda sa convalescence.

Suites éloignées. — M. G..., quitte la clinique guéri de sa pleurésie, un peu amaigri, mais va à la selle régulièrement deux fois par jour. Il persiste un peu de fermentations avec aérocolie, on lui conseille une saison à Plombières ou un traitement bien conduit par le Dr Tauzin le guérit complètement.

Ce malade fut présenté à la Société de chirurgie de Bordeaux le 14 février 1935, c'est-à-dire 25 mois après l'hémicolectomie splénique, dans un état florissant, menant une vie active et normale, allant régulièrement à la selle et ne présentant plus aucun trouble intestinal. On avait fait faire deux radios deux jours avant de le présenter : un transit (Radio III) qui montre que 8 heures après le repas opaque tout le gros intestin est rempli et la baryte est dans le rectum. Puis un lavement (Radio IV) montre le nouveau cadre colique. Il suffit de comparer les radios avant et après l'opération pour se rendre compte du résultat obtenu.

Nous avons revu personnellement ce malade, il y a quelques jours, il est en excellente santé et plein de bonne humeur, son teint légèrement pléthorique lui fit nous avouer qu'il ne suivait aucun régime spécial et que, fin gastronome, il appréciait d'autant plus la bonne chère qu'il en avait été privé pendant longtemps.

Observation II. — **Radio 1.**

Quarante-huit heures après repas opaque, stase importante cœcale et transverse, ptose accentuée du transverse.

Observation II. — **Radio 2.**

Lavement baryté : dolichotransverse et dolichosigmoïde, mega rectum.

Observation II. — **Radio 3.**

Radiographie par lavement opaque, trois ans après l'hémicolectomie splénique.

OBSERVATION II

M^me^ P..., 23 ans. Vue pour la première fois en juillet 1933 pour constipation rebelle, sensations de pesanteur dans le bas-ventre, douleurs dans la fosse iliaque droite.

Parents en bonne santé ; diphtérie à 8 ans, anémie pendant l'enfance.

Le début des troubles remonte à l'âge de 13 ans où s'installe une constipation chronique qui n'est pas modifiée par des purgations répétées et des lavements nombreux. A 19 ans, crise d'appendicite subaiguë opérée dans le service du professeur Rocher, pas d'amélioration de l'état intestinal. La constipation augmente jusqu'au jour où nous recevons cette malade dans notre service ; à ce moment elle ne pouvait avoir une selle que tous les 10 jours, quelquefois 15 jours.

A l'examen : femme maigre, teint terreux, mauvais état général, inappétence. Le ventre est légèrement douloureux à la pression, avec maximum dans la fosse iliaque droite, pas de météorisme ; rien ailleurs.

Examen radiologique. Le transit intestinal est très retardé, 48 heures après la bouillie, le transverse est plein et la sigmoïde n'est pas injectée, celui-là est très ptosé et en forme d'anse (Radio I). Le lavement baryté montre un mégarectum et un dolichotransverse (Radio II).

Opération le 3 août 1933, anesthésie éther Co2. Par l'incision habituelle, hémicolectomie splénique, résection d'une partie du transverse, de l'angle gauche, du descendant et du sigmoïde, abouchement en canon de fusil à la peau. Pas de drainage. Longueur de la pièce 91 centimètres.

Suites opératoires très bonnes. Fermeture de l'anus gauche le 24 octobre 1933, à l'anesthésie locale butelline. Fermeture extra-péritonéale, une mèche iodoformée, un petit drain.

Suites éloignées. Elle fut présentée en même temps que le

précédent malade, 18 mois après l'intervention, en très bon état et même enceinte, ce qui lui valut un petit point d'éventration au niveau de sa cicatrice. Elle avait une selle par jour, elle présenta un peu de diarrhée qui céda rapidement à un régime approprié.

Nous l'avons fait revenir à l'hôpital fin novembre dernier pour lui faire un examen radiographique par lavement (Radio III), car nous n'avions pas pu retrouver celui qui avait été fait à sa sortie du service son cadre colique est parfait ; elle ne se plaint d'aucun trouble, a un excellent appétit, ne suit plus de régime, va à la selle une fois par jour. Elle nous a dit n'avoir jamais consulté son médecin depuis sa sortie de l'hôpital, il y a de cela plus de trois ans.

OBSERVATION III

Mlle S..., 22 ans. Vient consulter pour une constipation qui résistait à tout traitement.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Les parents nous racontent que leur fille fut constipée très jeune, dès l'âge de 6 mois. Ils lui donnaient alors un lavement tous les jours ; par la suite, voyant qu'elle n'avait pas de selles spontanées, ils continuèrent leur thérapeutique personnelle et l'enfant grandit toujours constipée. A 11 ans ils voulurent cesser les lavements, mais aucun autre traitement ne réussit à diminuer sa constipation et ils reprirent les lavements soit quotidiens soit tous les deux jours.

Vers 15 ans, la jeune fille qui se développait lentement, sans toutefois accuser de troubles sensibles, commença à maigrir et à perdre l'appétit. Les règles apparurent, assez régulières et normales, puis tout d'un coup aménorrhée brusque vers 16 ans. La famille amène alors l'enfant au Dr Dubourg qui, après un examen complet, trouve une ptose généralisée avec transit retardé et troubles d'hypofonctionnement endocrinien. Traitement combiné : opothérapie, régime et tentative de rééducation intestinale. La jeune fille s'en trouve mieux, mais les règles ne reviennent pas et la constipation demeure. Les lavements s'avèrent insuffisants, les troubles digestifs augmentent avec retentissement sur l'état général, la famille se décide à la conduire au chirurgien.

L'examen nous montre une jeune fille grande, maigre, physiquement mal développée, poitrine infantile, teint pâle et l'air bien triste. L'abdomen non douloureux est légèrement météorisé, gros cæcum gargouillant sous les doigts, contractions péristaltiques visibles sous la paroi. L'examen génital est négatif.

Examen radiologique. On décide de faire un examen du transit intestinal et un lavement baryté. On trouve : estomac

très ptosé, 2e et 3e portion du duodénum dilatées ; 24 heures après on voit le cadre colique jusqu'à l'angle splénique ; 48 heures après aucune progression de la bouillie ; 5 jours après, malgré un lavement évacuateur, il reste une grande quantité de bouillie dans le gros intestin qui montre tout le cadre colique (Radio I). Transverse et descendant de gros calibre, angle splénique très élevé. Le lavement (Radio II) montre un dolichosigmoïde et un méga-dolicho descendant, malgré une grosse pression l'angle splénique est péniblement franchi. Après quelques semaines de préparation, on décide de faire une hémicolectomie splénique.

Opération le 8 novembre 1933, anesthésie à l'éther, laparotomie transversale gauche suivant technique décrite ; décollement du mésocôlon descendant jusqu'au sigmoïde, décollement de l'angle splénique, colo-épiploïque jusqu'à l'angle hépatique. Résection, après écrasement, de 1 m. 05 de gros intestin. (Nous avons photographié la pièce, remplie d'eau et tenue par un infirmier. Voir photo.)

Suites immédiates très bonnes. C'est cette malade qui fit la curieuse complication que nous avons signalée. Deux jours après, elle avait quelques difficultés pour rendre ses gaz parce que le transverse, trop tendu sur les corps vertébraux, était aplati; une sonde, Murphy et un peu de plat ventre et tout rentra dans l'ordre. Elle se leva tôt, commença le traitement habituel de désintoxication et la mise au repos de son intestin, qui bientôt se vida quotidiennement. Elle partit chez elle se reposer, et quand elle revint pour la fermeture de son anus, elle était en parfait état et nous eûmes l'agréable surprise de la voir revenir avec une sécrétion ovarienne normale.

Le 13 avril 1934, sous anesthésie générale à l'éther, fermeture intra-péritonéale de l'anus à éperon, contrairement à notre habitude, pour rendre un peu de marge au transverse trop tendu. Avant de quitter la clinique on lui fit une radio par lavement qui montre son nouveau cadre colique (Radio III).

Elle nous est revenue, ces jours derniers, grande et belle jeune fille gaie, avec une opulente poitrine ; nous lui avons donné un nouveau lavement (Radio IV), la radio montre que son intestin ne s'est guère modifié depuis près de 3 ans. Très active, elle ne ressent plus aucun trouble, va à la selle tous les jours et est normalement réglée.

Observation. III. — **Radio 1.**

Cinq jours après repas opaque : malgré un lavement évacuateur, il reste une telle quantité de baryte que l'on voit tout le cadre colique.

Observation III. — **Radio 2.**

Lavement baryté : malgré une forte pression l'angle splénique n'a pu être franchi, on voit le dolichosigmoïde et descendant, le cœcum et le transverse contenant la bouillie d'ingestion.

Observation III. — **Radio 3.**

Cinq mois après l'opération, lavement baryté à remarquer la nouvelle anatomie colique.

Observation III. — **Radio 4.**

Trois ans après l'opération, lavement baryté : on voit que le cadre colique ne s'est guère modifié, l'anse sigmoïde a seulement retrouvé sa mobilité.

Observation III.

Photographie de la pièce opératoire (Observation III, M^lle S...). Dolichocôlon enlevé par hémicolectomie splénique, longueur 1^m,05. (L'infirmier mesure 1^m,55). La partie supérieure n'est pas remplie d'eau et est étirée.

OBSERVATION IV

Mme D..., Germaine, 42 ans. Vue pour la première fois en juin 1934, pour constipation rebelle, crises douloureuses abdominales et pyélonéphrite chronique.

Mère morte cardiaque, père bien portant, ainsi que les frères et sœurs. Coqueluche à 8 ans, compliquée de broncho-pneumonie, grippe intestinale (?) pendant la guerre, opérée d'appendicite en 1933 par M. Ramarony.

A souffert de coliques très jeune, par poussées successives de 4 ou 5 jours, avec 1 mois de calme entre les crises. La constipation ne date que de 11 ans, mais est devenue rapidement importante, 16 jours sans selle et faisant des poussées de pyélonéphrite à répétition que n'amélioraient pas des lavages du bassinet.

A l'examen : facies terreux, malade amaigrie ; le ventre est douloureux sur tout le trajet colique. Touchers rectal et vaginal négatifs.

L'examen radiographique par transit montre que 3 jours après le repas opaque, le gros intestin est encore plein. On constate un canon de fusil à l'angle hépatique, un dolicho-transverse ptosé, une flèche splénique et un dolichosigmoïde (Radio I).

Intervention le 28 juin 1934, anesthésie éther Co2, incision décrite. Résection d'une grande partie du transverse, de l'angle splénique, du descendant et d'une grande partie du sigmoïde. L'exploration du rein gauche ne montre rien d'anormal. Durée de l'opération : 40 minutes. Longueur de la pièce opératoire : 95 centimètres.

Suites immédiates très bonnes, traitement habituel par lavages du gros intestin de l'anus gauche au rectum, uroformine, sérum anti-colibacillaire.

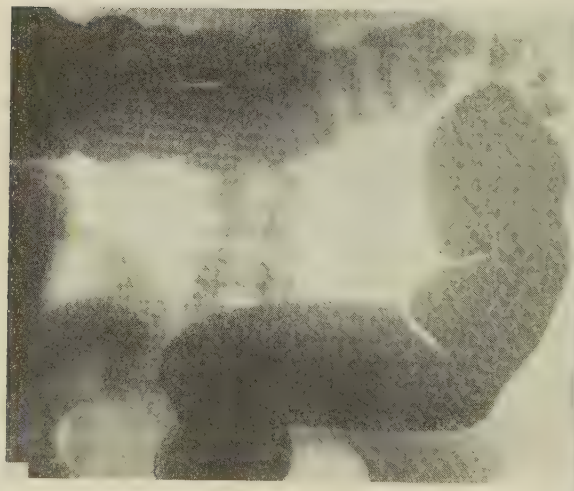
Fermeture après entérotomie le 24 août 1934, extra-péritonéale à l'anesthésie locale.

Observation IV. — **Radio 1.**

Radio prise trois jours après l'ingestion de la bouillie barytée : stase excessive, on remarque la coudure des angles droit et gauche, la ptose du transverse et du dolichosigmoïde.

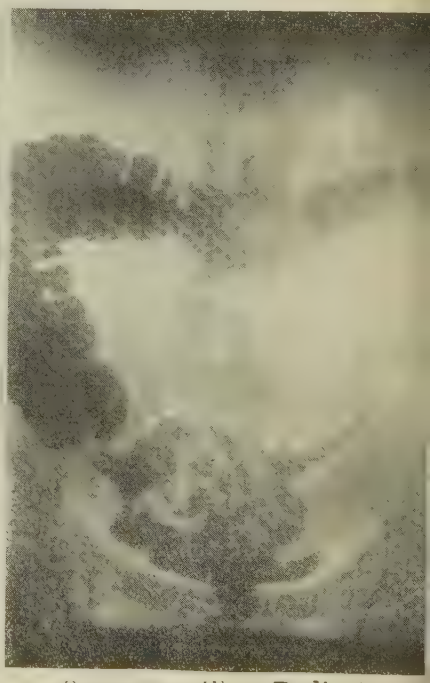
Observation IV. — **Radio 2.**

Six mois après l'opération, lavement opaque : on remarque le nouveau cadre colique.



Observation IV. — **Radio 3.**

Deux ans et demi après l'hémicolectomie, lavement baryté : la situation du cadre colique n'est pas modifiée, la pression du lavement a dilaté le colon.



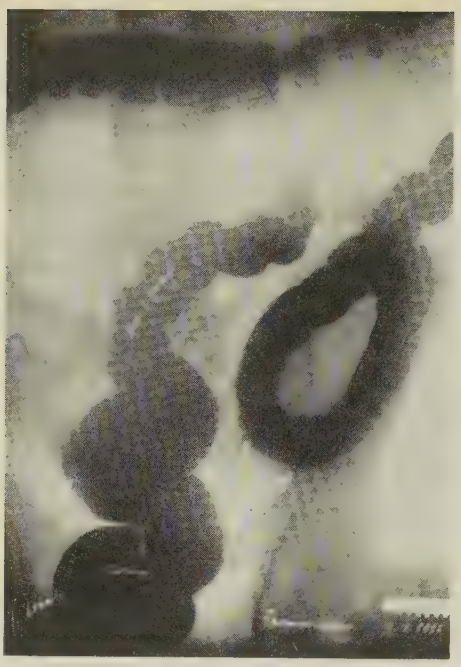
Observation IV. — **Radio 4.**

Deuxième cliché de la radio 3, après une selle barytée : le calibre colique est devenu normal.

Présentée en même temps que les deux premiers malades à la Société de chirurgie de Bordeaux, elle était en excellente santé, le lavement baryté (Radio II) montre la nouvelle forme de son côlon. Elle avait deux selles par jour, quelquefois un peu de paresse de l'ampoule rectale qu'elle excitait avec un suppositoire. Elle ne souffre plus de pyélonéphrite depuis quelques lavages du bassinet après son départ du service.

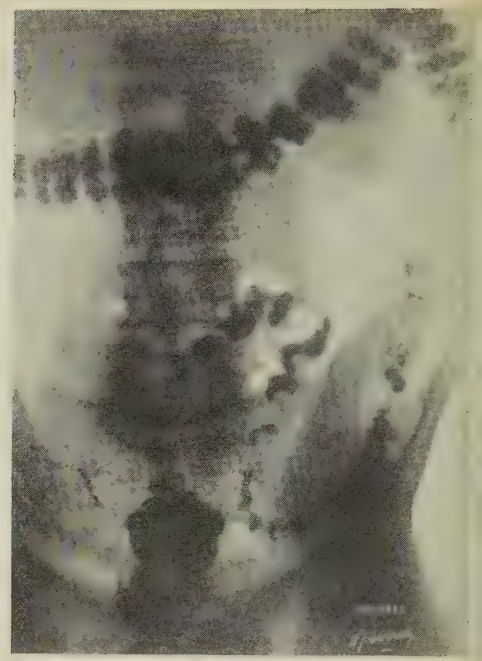
Nous avons convoqué cette malade fin janvier dernier (2 ans et demi après l' H. S.) pour une nouvelle radio. On voit sur la radio III le nouveau cadre colique sous pression, et sur la radio IV le même après une selle, quelques minutes après le lavement.

Elle ne souffre plus de ses reins, a engraissé beaucoup et va régulièrement à la selle.



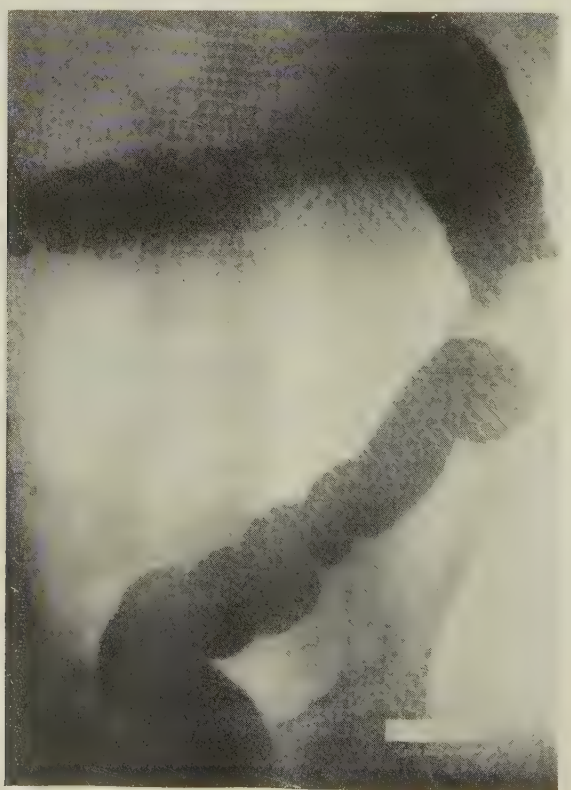
Observation V. — **Radio 1.**

Lavement baryté : dolichosigmoïde typique formant une très jolie boucle dans la fosse iliaque gauche.



Observation V. — **Radio 2.**

Quarante-huit heures après repas opaque : à noter l'état de spasmodicité du côlon et l'S que forme le dolichosigmoïde.



Observation V. — **Radio 3.**

Lavement baryté après l'opération : on voit la disparition du dolichosigmoïde.

OBSERVATION V

M. S..., 49 ans. Souffre depuis 9 ans de crises douloureuses abdominales siégeant à gauche, avec vomissements qui soulagent, accompagnés de troubles urinaires.

Aucuns antécédents susceptibles d'être retenus. Amputé d'un bras.

Tout à fait au début de ses crises douloureuses, le diagnostic de coliques néphrétiques gauches avait été porté. Le malade accusait une sensation de pesanteur dans la fosse iliaque gauche, avec douleurs lombaires bilatérales sans irradiations vers les organes génitaux ni pollakiurie. Il avait remarqué la couleur foncée de ses urines, qui contenaient du « sable ». Ses douleurs venaient particulièrement le matin, après le lever et augmentaient avec la marche — notre malade est facteur — il s'asseyait un moment, puis repartait soulagé. Il souffrait aussi pendant et après une longue période de constipation avec épreintes et ténesmes ; il souffrait moins pendant la courte période de diarrhée qui suivait. Les vomissements calmaient aussi les douleurs, gargouillis intestinaux fréquents, jamais de fièvre. Enfin le jour où il vient consulter, il signale que les cahots de l'auto-car où il voyageait ont exacerbé ses douleurs.

A l'examen : homme fort, légèrement pléthorique, emphysémateux. Pas d'asymétrie abdominale, un certain degré de météorisme. Il est constipé depuis 5 jours, seuls les gaz passent, le maximum de douleur est dans la fosse iliaque gauche, point appendiculaire douloureux ainsi que le point vésiculaire, signe de Murphy légèrement positif. La palpation rénale est surtout pénible à gauche, toucher rectal négatif.

Le malade porte avec lui deux examens radiographiques du Dr Serret de Bergerac qui, avec le Dr Moulenes, médecin traitant avaient porté le diagnostic de dolichosigmoïde. Le

1er est un lavement baryté (Radio I) qui montre un dolichosigmoïde très net, le 2e est une radio sans préparation de l'abdomen qui montre une opacité anormale de la région sous-hépatique. Pour faire un diagnostic très précis et éliminer le foie et les reins on conseille au malade de se plier aux examens complémentaires suivants :

1° Examen du transit intestinal ;

2° Pyélographie et cholécystographie au tétraïode.

Le premier confirme d'une façon catégorique le lavement ; le dolichocôlon apparaît dans toute son ampleur ainsi que l'état de spasmodicité du sigmoïde et du descendant sur le cliché pris 48 heures après le repas baryté, la stase importante montre l'extrême lenteur du transit (Radio II).

Le second montre une vésicule normale sans ombre de calcul, la pyélographie ne permet de trouver aucun signe de lithiase rénale.

Le diagnostic s'est précisé de plus en plus et le malade se décida à l'intervention. Le 6 août, sous rachi-anesthésie à la percaïne (0,10 centigrammes), on fait une hémicolectomie splénique par l'incision habituelle. On ne touche pas au transverse qui n'est pas ptosé. Décollement colo-pariétal assez pénible, nombreuses adhérences épiploïques au niveau du descendant ; il existe une périsigmoïdite importante. Drainage postérieur, deux mèches iodoformées et un petit drain. La pièce enlevée mesurait à l'état de vacuité 0,75 centimètres.

Très bonnes suites opératoires, on place l'entérotome 8 jours après. Légère suppuration par l'incision de drainage. Comme d'habitude le malade repart chez lui et revient 4 mois après pour la fermeture de l'anus.

Le 24 janvier 1936, sous rachi à la syncaïne (0,06 centigrammes), fermeture intra-péritonéale de l'anus, car il y avait un point d'éventration. On refait une bonne paroi.

Suites éloignées. — Trois semaines après son départ, notre facteur nous adressa une radio de contrôle par lavement (Radio III) où l'on peut contater la disparition du dolichosigmoïde.

Nous avons appris dernièrement qu'il ne présentait plus aucun trouble intestinal ni urinaire et qu'il allait à la selle tous les jours, mais il est atteint d'une affection pulmonaire chronique et fébrile.

OBSERVATION VI

Mme M..., 41 ans. Vient consulter pour troubles gastro-intestinaux et constipation opiniâtre, avec pyélonéphrite.

Rougeole dans l'enfance, s'enrhume facilement l'hiver, à toujours eu des règles douloureuses. N'était pas constipée jusqu'en 1917 qui marque le début des douleurs abdominales. Elle aurait fait à cette époque une infection étiquetée « grippe intestinale » avec vomissements, fièvre et constipation. Tout est rentré dans l'ordre, mais la constipation est devenue invétérée. Elle fut opérée par Nard, il y a 6 ans, d'hystérectomie totale et appendicectomie ; au cours de l'intervention il avait noté l'existence d'une anse sigmoïde longue et dilatée.

Depuis 5 ans environ, cete femme se plaint de troubles gastriques, aussitôt après les repas, ballonnements, nausées, maux de tête, bouffées de chaleur. Mais ce qui l'inquiète le plus, c'est sa constipation qui va en augmentant, 5 à 6 jours sans selles, malgré laxatifs et lavements variés. Elle en arrive à ne plus manger, maigrit et devient neurasthénique. De temps en temps elle présente aussi un peu de fièvre, les urines troubles et des douleurs de cystite.

A l'examen, état général déplorable, on se demande même si elle pourrait supporter une opération. A la palpation de l'abdomen, clapotage et gargouillis, il est légèrement météorisé. L'examen recto-vaginal est négatif. Comme on la connaît depuis longtemps, on a la certitude que c'est la stase, probablement par dolichosigmoïde, qui est à l'origine de ses troubles. On fait néanmoins les examens radiographiques d'usage. Le transit stomacal et intestinal est très lent, ptose généralisée, dolichotransverse et sigmoïde, 72 heures après le repas le transverse et le sigmoïde sont encore pleins (Radio I). Pour le lavement, il faut une grosse pression pour arriver au cæcum ; flèche splénique accusée (Radio II). Dolichotransverse.

Observation VI. — **Radio 1.**

Radio prise soixante-douze heures après repas opaque, stase cœco-transverse importante.

Observation VI. — **Radio 2.**

Lavement baryté : dolichotransverse et dolichosigmoïde, flèche splénique accusée.

Observation VI. — **Radio 3.**

Lavement baryté 1 an et demi après l'hémicolectomie splénique, très bon résultat anatomique.

Interventions. — Le 27 novembre 1935, à l'anesthésie évipan base-éther, laparotomie transversale gauche, hémicolectomie splénique, résection importante du transverse, nombreuses adhérences, décollement du méso-sigmoïde assez pénible. Fermeture sans drainage. Longueur de la pièce opératoire 1 m. 05.

Suites normales. — Le 29 avril 1936, anesthésie évipan-base-éther, fermeture extra-péritonéale suivant technique habituelle. Petit drainage.

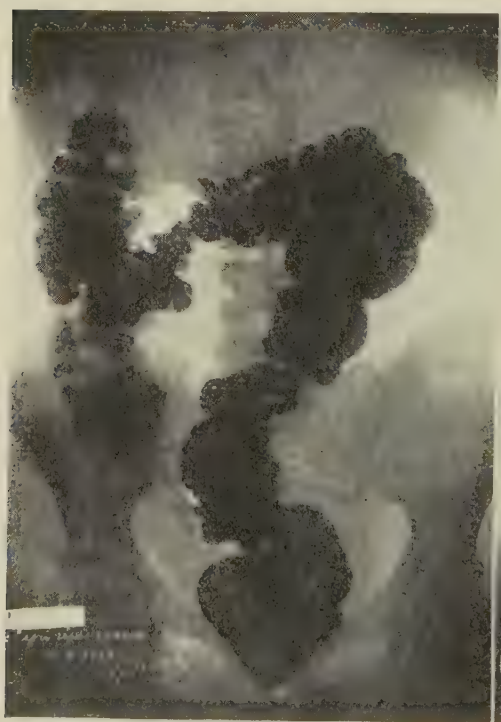
Suites éloignées. — Venue il y a trois semaines pour une loupe du cuir chevelu, nous l'avons trouvée engraissée, heureuse et gaie. Elle nous a paru être dans la période de progrès constants et rapides, il ne lui reste plus que quelques rares ballonnements après les repas. Elle va à la selle tous les jours. Nous lui avons fait une radio par lavement afin de constater une fois de plus le résultat anatomique (Radio III).

Observation VII. — **Radio 1.**

Trois jours après, repas opaque, stase cœcale et sigmoïdienne, transit lent.

Observation VII. — **Radio 2.**

Lavement baryte : transverse ptose, dolicho-sigmoïde avec boucle remontant jusqu'à l'angle splénique.



Observation VII. — **Radio 3.**

Six mois après l'opération, radio prise vingt-quatre heures après repas opaque : transit normal.

Observation VII. — **Radio 4.**

Toujours six mois après opération, lavement baryté nouveau cadre colique : le gros intestin est un peu dilaté par les gaz.

OBSERVATION VII

Mlle B..., 15 ans. Cette malade nous est adressée par le Dr Maupetit avec le diagnostic de dolichocôlon, fait sur l'interrogatoire et l'examen clinique seuls, pour examens radiographiques et hémicolectomie splénique.

A noter dans ses antécédents la rougeole, les oreillons, la coqueluche et des rhumes tous les hivers. Sa mère est une constipée de toujours.

Constipée opiniâtre depuis l'enfance avec crises douloureuses dans le ventre. Jusqu'à 10 ans les laxatifs les plus variés ont été employés avec succès, puis leur action s'est atténuée. A ce moment la malade n'allait à la selle que tous les 8 jours et très abondamment. Des signes d'auto-intoxication se manifestant, son médecin traitant lui prescrit une saison à Barbottan, puis trois autres à Miers. Une amélioration très nette faisait suite à la cure thermale, mais bientôt les troubles réapparaissaient et tout était à recommencer. Avant de venir consulter elle avait présenté des crises abdominales à répétition et n'avait qu'une selle tous les 8 jours.

A l'examen, jeune fille assez bien développée, mais l'air triste et abattue. L'abdomen, légèrement météorisé est sensible, l'examen génital est négatif. On lui fait subir les deux examens radiographiques suivants :

Épreuve du repas opaque (Radio I) : transit extrêmement lent, 3 jours après l'ingestion de la bouillie, il en reste beaucoup dans le cæcum et la sigmoïde. Stase importante.

Épreuve du lavement (Radio II) : Il montre un transverse ptosé, un dolichocôlon sigmoïde typique, formant une anse à volvulus chronique responsable des crises douloureuses.

On l'opère le 3 février 1936, anesthésie à l'éther, hémicolectomie splénique portant plus sur le descendant et le sigmoïde que sur le transverse, permettant d'enlever 0,95 centimètres de gros intestin (intestin non rempli d'eau). Nous avons photographié la pièce (voir photo) remplie d'eau à côté d'un mètre témoin. Il est dommage que ses graduations ne paraissent pas. Elle mesure 1 m. 10.

Observation VII.

Photographie du dolichocôlon enlevé à Mlle S..., qui mesurait non rempli 0m,95. Si les graduations du mètre témoin étaient nettes, on verrait qu'il mesure ainsi rempli 1m,10.

Très bonne suites opératoires. Cette jeune fille repart chez elle, et très rapidement son intestin fonctionna normalement par l'anus naturel, au point de se permettre d'aller au bal avec son anus gauche non fermé sans..... incommoder ses voisins ou danseurs.

Elle revint le 19 juin 1936 pour une fermeture extra-péritonéale de son anus gauche qui se passa sans incident. Elle nous fit parvenir, 6 mois après sa sortie, deux radios : un transit (Radio III) qui montre que 24 heures après la bouillie, le rectum est plein et la traversée colique normale, un lavement (Radio IV) montre le nouveau cadre colique avec un peu d'aérocolie et l'intestin distendu par la pression du lavement.

Nous l'avons revue dernièrement, peut-être un peu trop engraissée, sans doute a-t-elle sacrifié à son appétit recouvré le souci de conserver l'harmonie de la ligne moderne, nous serions inquiets si l'hémicolectomie splénique avait d'aussi fâcheuses répercussions sur la mode féminine. Quoi qu'il en soit, M. Nard fut tout de même bien satisfait quand Mlle B... lui eut dit : « Monsieur, avant mon opération j'étais toujours triste, maintenant je suis toujours gaie ». Ceci compense cela.

CONCLUSIONS

1° Le *Dolichocôlon*, — simple anomalie sans manifestations cliniques, — ne doit pas être opéré.

2° Le *Dolichocôlon* avec syndrome clinique, doit être opéré après l'échec total ou partiel du traitement médical.

3° L'intervention de choix est : l'*hémicolectomie splénique* de Nard.

4° L'*hémicolectomie splénique* de Nard est une opération simple, bénigne, efficace, et applicable à toutes les variétés de Dolichocôlons.

5° Elle présente l'avantage de permettre, par une petite incision, et grâce au Trendelenbourg latéral, une colectomie étendue.

6° Anatomiquement, elle reconstitue, dans tous les cas, un cadre colique normal, dont on peut, radiologiquement, vérifier la bonne situation dans l'abdomen.

7° Cliniquement, elle fait disparaître les troubles digestifs, — crises douloureuses, constipation, aérocolie, ainsi que les troubles associés, — dyspepsie, colites, cholécystites, pyélonéphrites, etc...

8° Physiologiquement, elle permet au transit intestinal de redevenir normal et elle supprime la stase.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
BÉGOUIN

Vu : *Le Doyen*,
Pierre MAURIAC

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 5 janvier 1937.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et je les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie et Okinczyc. — Technique, résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin (*XXXI^e Congrès de Chir.*, 1922).

Albo et Capuro. — Dolichocôlon et colopexie (*Bull. de la Société de Chir. de Montevideo*, 2 juin 1933).

Alglave. — Volvulus de l'S iliaque (*Soc. de Chirurgie*, 1920).

Aubourg. — L'évolution des dolichocôlons (*Soc. de Méd. de Paris*, 1932).

Béclère.— A propos des variations de longueur du gros intestin (*Archives des mal. de l'app. dig.*, Paris 1923).

Belot. — Un cas de dolichocôlon (*Bull. et mém. de la Soc. de Radiologie Méd. de France*, t. VIII, 1920).

— Dolichocôlon iléo-pelvien (*Bull. et mém. de la Soc. de Radio. méd. de France*, avril 1933).

Bérard et Patel. — Les occlusions intestinales par coudure de l'angle gauche (*Revue de chir.*, mai 1929).

Bensaude et Monod. — Le dolichosigmoïde (*Ann. de Médecine*, 1930).

Bensaude et Hilleman. — Maladie de Hirschprung (*Ann. de Méd.*, décembre 1922).

Bernard. — Réflexions sur le dolichocôlon (*Journ. des Sc. Méd. de Lille*, oct. 1934).

— Sur le dolichocôlon (*Journ. des Sc. Méd. de Lille*, décembre 1932).

— et de Tayrac. — Les dolichocôlons. Étude pathogénique (*Gaz. des Hôp. Civ. et Militaires*, n° 50, juin 1935).

Brocq. — Volvulus d'un mégacôlon sigmoïde (*Soc. Nat. de Chir.*, 1929).

Brodin. — Le dolichocôlon (*Rev. Crit. de Path. et de Ther.*, t. IX, novembre 1931).

Brousse. — Traitement du mégadolichocôlon par la cure de Chatelguyon (*Congr. de la Soc. Hydr. et climat. de Bordeaux et du S.-O.*, 26 avril 1930).

Bush. — Redundant colon — Group of cases (*Bristol chir. journal*, 1928).

Cain, Brigman et Fourestier. — Présentation d'un moulage de dolichocôlon (*Arch. de l'app. dig.*, juillet 1930).

Carnot. — Sur le dolichocôlon (*Paris médical*, 2 avril 1932).

Caucci. — La chirurgica del colon. (*Cappelli Bologna*).

Chabrol. — Les limites de la chirurgie dans le traitement de la constipation chronique (*La Clinique*, décembre 1929).

Chiray et Lebon. — Les syndromes colitiques dans le dolichocôlon (*Presse Méd.*, octobre 1935).

Chiray, Lardennois et Lomon. — Traitement médico-chirurgical du dolichocôlon pelvien (*Presse Médicale*, février 1932).

Chiray, Lomon et Amy. — Les manifestations douloureuses du flanc droit dans le dolichocôlon gauche (*Cahiers Gastr. entér.*, 1931).

Chiray, Lomon et Rosanoff. — A propos du dolichoc lon (Notes cliniques. *Presse méd.*, 25 avril 1934).

Chiray, Lomon et Wahl. — Le dolichocôlon (Masson, 1931).

Chiray et Baumann. — Diagnostic clinique et traitement du dolichocôlon (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris*, 27 février 1932).

Charbonnel. — Que valent les cæcopexies et les cæcoplicatures ? La place de la colectomie dans le traitement de la constipation (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, septembre 1927).

Cruet. — De la meilleure technique opératoire dans l'extirpation des cancers coliques (*Thèse Paris*, 1914).

Dagnino. — Dolicocolias (*Semana Medica*, décembre 1930).

Darget et Laporte. — Sur un cas de dolichocôlon sigmoïde (*Soc. anatomoclin. de Bordeaux*, 16 novembre 1931).

Delagenière. — Mégacôlons, variétés et indications opératoires (*Cong. de chir. Paris*, 1922).

Delore et Bish. — A propos du volvulus du côlon pelvien chez l'adulte (*Rev. de chir.*, décembre 1932).

Duval. — De la dilatation dite idiopathique du gros intestin (*Rev. de chir.*, mars 1903).

Duval et Patel. — Chirurgie du côlon pelvien (*XXVI^e Congrès de Chir.*, 1913).

Fedele-Fedele. — Ganglionectomie lombaire pour stase intestinale chronique par dolichosigmoïde (*Soc. lomb. di cir.*, novembre 1935).

Finsterer. — Chronic constipation and its surgical treatment (*Wien. klin. Woch.*, 857, juillet 1926).

— La chirurgie du gros intestin (*Zentralblatt chir.*, 1932).

Forgue. — Quelques précisions sur le volvulus du côlon pelvien (*P. M.*, 1920).

Gatelier. — Les indications chirurgicales dans le traitement de la constipation chronique (*Jour. méd. de France*, juin 1922).

Girault. — Un traitement médical des dolichocôlons (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1926).

Grégoire et Guibal. — Trois cas de volvulus du côlon sigmoïde (*Soc. nat. de chirurgie*, 1932).

Guillain et Bize. — Hémihypertrophie du corps du type congénital associé à un dolichocôlon (*Rev. de neur.*, janvier 1934).

Guillaume. — La constipation et la S. I. C., étude clinique et pathologique (*Bull. médic.*, Paris 1923).

— Étude critique et phisiopathologique des opérations dirigées contre la constipation et la stase (*Gaz. des hôp.*, 1923).

Guimbellot. — Volvulus de l'S iliaque traité par résection et suture immédiate (*Soc. de chir. de Paris*, décembre 1920).

Hautefeuille. — Un cas de dolichocôlon (*Soc. Méd. d'Amiens*, novembre 1935).

Houdard. — A propos de deux cas de dolichocôlons (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1927).

Judd et Adson. — Lumbar sympathyc-ganglionectomy and ramisectomy for congénital and idiopathic dilatation (*Ann. of Surg.*, vol. LXXXVIII, n° 3, septembre 1928).

Kantor J. L. — A clinical study of some common anatomical anormalities of the colon. The redundant colon (*Amer. Journ. of Rœntgenologie*, New-York, 1924).

Katz. — Contribution à l'étude du côlon sigmoïde dilaté et mobile (*Terapeutitchskoie Obozrinie*, Odessa, mai 1913).

Kienboc. — Veber das sigma elongatum mobile (*Munch. med. Woch.*, janvier 1930).

Lane Arbuthnot. — The operative treatment of chronic constipation (London, 1909).

Lardennois et Aubourg. — Allongement segmentaire du gros intestin. Les dolichocolies (*Journ. de radiologie*, février 1914).

Laurell. — Volvulus des flexura sigmoïda (*Acta radiologica*, 1926).

Lebon, Loubeyre et Blondeau. — Volvulus intermittent de l'estomac chez un malade atteint de dolichocôlon (*Arch. de l'app. dig.*, avril 1933).

Lecène. — Colectomie pour mégacôlon sigmoïde (*Soc. nat. de chir.*, mai 1925).

— Volvulus du gros intestin (*Rev. de chir.*, 1910).

— et de Gaudart d'Allaines. — Deux cas de volvulus du côlon pelvien (*Soc. nat. de chir.*, mars 1927).

Lefebvre. — La chirurgie de la constipation (*Thèse Toulouse*, 1919).

Lefèvre. — *Gazette des hôpitaux*, novembre 1922).

Lefèvre et Jonchères. — Occlusion chronique stimulant un dolichocôlon. Cancre en ficelle de l'S iliaque, colectomie totale et abouchement iléo-rectal (*Bull. et mém. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1926-1927).

Lefèvre et Broustet. — Mégacôlon iliaque, résection de l'anse sigmoïde (*Soc. de chir. de Bordeaux et du S.-O.*, février 1930).

Leflaive. — Sur le volvulus chronique du côlon sigmoïde (*Thèse Paris*, 1927).

Leriche. — Sympathectomie pour mégacôlon avec dolichocôlon (*Lyon chir.*, septembre 1935).

Lesage A. — Contribution à l'étude du dolichocôlon (*Union méd. du Canada*, septembre 1935).

— Remarques sur le dolichocôlon (*Le répertoire méd.*, avril 1936).

Lesage et Fortier. — Dolichocôlon. Deux observations (*Union méd. du Canada*, May 1931).

Letondal. — Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant (*Thèse Paris*, 1925).

Leveuf. — Volvulus d'un mégacôlon pelvien (*Soc. nat. de chir.*, 1925).

— Cæcum mobile avec allongement du côlon ascendant (Dolichocôlon) (*Soc. anat. de Paris*, 1914).

Limasset. — Traitement chirurgical du dolichocôlon sigmoïde (*Thèse Paris*, 1935).

Loeper et Tauzin. — Le diagnostic du dolichocôlon (*Presse méd.*, 31 mai 1933).

Lopresti-Seminario. — Dolicocolia in eredodistrofica di 2me generazione (*Lattante June*, 1930).

Loreti. — Dolichocôlon et appendicite (*Il policlinico*, janvier 1931).

Loubeyre J. — Considérations sur le dolichocôlon (*L'Algérie méd.*, janvier 1933).

Loutsch. — Le système neuro-végétatif du rectum, pathogénie du mégarectum (*Thèse Paris*, 1934).

Mac Arthur. — Some anomalies of the sigmoid (*New-York méd. jour.*, mai 1910).

Marfan. — Affections des voies digestives de la première enfance (Masson, 1923).

Martel (Thierry de). — Traitement chirurgical du dolichocôlon (*Archiv. hospitalières*, juillet 1935).

Mauclaire et Ferrari. — Mégacôlon sigmoïde (*Soc. nat. de chir.*, 1925).

Meyers Palgen. — Quelques réflexions au sujet du dolichocôlon (*Bruxelles méd.*, novembre 1933).

Milhiet H. — Traitement chirurgical du dolichocôlon par le procédé de la résection en un temps avec suture extériorisée (*Thèse Paris*, 1934.

Moller. — The redundant colon (*Acta radiologica*, 1926).

Monges J. — Le mécanisme de l'aérogastrie dans le dolichocôlon sigmoïde avec aérocolie (*Arch. de méd. gén. et coloniale*, avril 1932).

Mortola J.-A. — Tratamiento del dolichocolon (*Hosp. Argent. aug.*, 1934).

Mouchet Alain. — Le dolichocôlon (*Encyc. méd. chir.*, 1936).

Mouchotte M. — Le dolichocôlon pelvien et son volvulus (*L'avenir médical*, février 1936).

Murray R. S. — Redundant colon, two reports (*Journ. of Tennessee med. assoc.*, 1926).

Nard L. — De la meilleure position pour le chirurgien et l'opéré dans les opérations d'appendicite, les opérations sur le côlon droit et sur le côlon gauche (*Gaz. des Sciences médicales de Bordeaux*, 25 mars 1933).

— Sur la chirurgie du dolichocôlon. L'hémicolectomie splénique (*Bordeaux chirurgical*, octobre 1935).

Nobécourt P. — Dolichocôlon et mégacôlon (*Journ. des Praticiens*, février 1932).

— Dolichocôlon et mégacôlon chez l'enfant (*Médecine*, octobre 1930).

Okinczyc, Lecercle, Bachy, Vanlande. — *Société nationale de chirurgie*, 1931.

Okinczyc et de la Martinière. — Quatre cas de volvulus du mégacôlon pelvien traité par la colectomie en plusieurs temps (*Soc. nat. de chir.*, 1932).

Ombredanne. — Mégacôlon (*Précis de chir. infantile*, Masson).

Oury et Godard. — La constipation par dolichocôlon (*La presse ther. et clim.*, mai 1932).

Papin F. — Constipation invétérée douloureuse et cæco-sigmoïdostomie (*Journ. de Méd.* de Bordeaux, 1924).

Papin F. et Masse. — Résultats éloignés de l'hémicolectomie droite pour stase intestinale chronique (*Journ. de méd. de Bordeaux*).

Parturier et Lepennetier. — A propos d'un dolichocôlon sigmoïde (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, décembre 1933).

Pauchet V. — Mégacôlon congénital. Colectomie totale (*Prat. chir. ill.*, fasc. II).

— Dolichocôlon sigmoïde traité par la colectomie (*Paris chir.*, 1928).

— et Mornard. — Volvulus d'un dolichocôlon iliaque (*Paris chir.*, 1928).

Pichat. — La thérapeutique chirurgicale du mégacôlon sigmoïde (*Thèse Paris*, 1928).

Pichevin. — Résultats éloignés d'hémicolectomie droite pour stase intestinale chronique (*Thèse Bordeaux*, 1930).

Poirot. — Dolichocôlon droit révélé seulement par l'insufflation (*Strasbourg méd.*, février 1935).

Proust et Houdard. — A propos de deux cas de dolichocôlon (*Soc. nat. de chir.*, mai 1927).

Quénu. — Du rôle de l'angle colique gauche dans les occlusions intestinales (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1902).

Rankin et Learmanths. — Section of sympathic nervoes of distal part of the colon and rectum in treatment of Hirschprung's desease (*A. M. Sung.*, octobre 1930).

Robineau et Laffitte. — Technique et résultats de l'iléo-colectomie (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1926).

Scott et Morton J. — Sympathic inhibition (Sympathectomy of large intestine in Hirschprung's desease (*Clin. investigation*, octobre 1930).

Seillie. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du mégacôlon (*Thèse Paris*, 1929).

Sénèque et Milhiet. — Traitement chirurgical du dolichocôlon (*Journ. de chir.*, août 1935).

Slesinger. — Elongation of the pelvic colon and its surgical treatment (*The Lancet*, t. CCXI, 1926).

Sorrel E. — La stase intestinale chronique (*Thèse Paris*, 1914).

Strauss. — Dolichosigmoid alls krankheitursache (*Med. Klin.*, n° 41, 1929).

Tapie et Mme Sol. — Un cas de dolichocôlon pelvien (*Toulouse méd.*, mars 1933).

Tauzin J. — Le déterminisme morbide du dolichocôlon (*Presse méd.*, décembre 1935).

— Les directives thérapeutiques médicales dans le dolichocôlon spasmodique (*Gaz. méd. de France*, mars 1934).

Vignes H. — Le dolichocôlon (*Le progrès méd.*, mars 1932).

Villar. — Deux cas de colectomie après iléo-colostomie pour constipation (*Soc. de chirurgie de Bordeaux*, avril 1934).

White F.-W. — Studies on the redundant colon (*Philadelphia*, 1924-1925).

Wade et Royle. — Operative treatment of Hirsch prung's desease (*Med. journ. of Australia*, 1927).

Weill et Péhu. — Traité de pathologie médicale et de thérapeutique de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix (*Pédiatrie*).

Zorzi. — Su l'etiologia del dolicocolon (*Radiologica medica*, Milano 1925).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I. — Généralités sur le Dolichocôlon. 3

I. — Définition. 3

II. — Historique 4

III. — Étiologie 5

IV. — Pathogénie 7

V. — Symptomatologie 11

VI. — Formes cliniques 15

VII. — Diagnostic 19

VIII. — Complications 20

IX. — Étude radiologique. 23

X. — Traitement médical 25

CHAPITRE II. — Traitement chirurgical du dolichocôlon. . . 28

I. — Chirurgie de la constipation et de la stase techniques-résultats 29

II. — Chirurgie actuelle du dolichocôlon techniques-résultats 37

III. — Critique générale. 44

CHAPITRE III. — L'Hémicolectomie splénique 47

OBSERVATIONS. 69

CONCLUSIONS 91

2347. — ÉVREUX, IMPRIMERIE HÉRISSEY. — 3-37

IMPRIMERIE
HÉRISSEY
: ÉVREUX :